

Hva karakteriserer pasienter innlagt ved somatisk sykehus for villet egenskade?

En undersøkelse av pasienter innlagt ved Aker Universitessykehus i perioden 01.07.1997 – 31.12.2003.

Eksamensoppgave 2005

Trond Jørgensen

Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid.

Det medisinske Fakultet, Universitetet i Oslo.

Forord

Denne undersøkelsen er blitt til som en del av en videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid i regi av Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Selv er jeg psykiatrisk sykepleier og har i mange år arbeidet ved forskjellige psykiatriske poliklinikker i Oslo. De siste ti årene har jeg jobbet som oversykepleier ved Enhet for konsultasjonpsykiatri på Aker Universitetssykehus (AUS). I årenes løp har jeg således møtt svært mange selvmordsnære pasienter. Enhet for konsultasjonpsykiatri har som en prioritert oppgave å utrede og vurdere selvmordsfare hos alle pasienter som blir innlagt etter en villet egenskade. Dette er en utfordrende oppgave, og arbeidet har utløst en rekke spørsmål. I denne oppgaven vil jeg fokusere på en del av disse.

Å gjennomføre en kvantitativ undersøkelse har vært en helt ny erfaring for meg. Uten tålmodighet og innsats fra min veileder professor Lars Mehlum, hadde jeg nok aldri kommet i mål. God hjelp har jeg også fått av vår enhetssekretær Synnøve Fougner Robertson. I tillegg til å ha vært en helt nødvendig datakonsulent, har hun hjulpet til med telling av pasienter og inntastning av data opp mot SPSS.

Innhold

Innhold	2
1.0 Bakgrunn.....	4
1.1 Innledning.....	4
1.2 Selvmordsdata for Norge	4
1.3 Selvmordsforsøk i Norge	5
1.4 Begreper og definisjoner	5
1.5 Behandling og oppfølging etter selvmords forsøk.....	6
1.6 Oppfølging av selvmordsforsøkere ved Aker Universitetssykehus HF (AUS) i Oslo	7
1.7 Behandling på sykehuset	8
2.0 Problemstillinger.....	9
2.1 Materiale.....	10
2.2 Metode.....	10
2.3 Forskningsetiske overveielser	11
3.0 Resultater.....	11
3.1 Omfang	11
3.2 Innleggelser i forhold til årets måneder.....	11
3.3 Reinnleggelser.....	11

3.4 Sosiodemografiske variabler.....	12
3.4.1 Alder og kjønn.....	12
3.4.2 Etnisk tilhørighet.....	12
3.4.3 Sivil status.....	12
3.4.4 Yrkes status.....	13
3.4.5 Belastende livsforhold og livshendelser.....	14
3.5 Metode for villet egenskade.....	14
3.6 Diagnoser	15
3.7 Behandlingsmessige tiltak.....	15
4.0 Diskusjon	16
4.1 Omfang	16
4.2 Fordeling av innleggelser i forhold til årets måneder.....	16
4.3 Reinnleggelser.....	17
4.4 Sårbarhetsfaktorer for repetisjon av villet egenskade.....	18
4.5 Fordeling i forhold til bydeler.....	19
4.6 Sosiodemografiske variabler.....	20
4.6.1 Kjønn.....	20
4.6.2 Alder.....	20
4.6.3 Sivil status.....	21
4.6.4 Utdanning arbeid.....	21
4.6.5 Etnisk tilhørighet.....	22
5.0 Metode for villet egenskade.....	22
6.0 Diagnoser.....	23
7.0 Behandlingsmessige tiltak.....	24
8.0 Videre henvist.....	26
9.0 Konklusjon.....	27
10.0 Litteraturliste.....	29
Tabeller og figurer.....	34
Selvvalgt litteratur.....	63

1.0 Bakgrunn

1.1 Innledning

I de senere år har det vært fokusert nokså mye på selvmord og villet egenskade. Dette gjelder både i faglige kretser så vel som i det offentlige rom. Den statlige handlingsplanen mot selvmord fokuserte særlig på oppfølgingen av disse menneskene både i sykehus og etter utskrivning fra medisinske avdelinger. Det å møte pasienter i en selvmordskrise er både en faglig utfordring og en tidkrevende prosess. Pasientene kommer inn med en komplisert problematikk. For å kunne forstå pasienten og den aktuelle hendelsen må man ta hensyn til både biologiske, sosiale og psykiatriske sårbarhetsfaktorer. Aker universitetssykehus(AUS) har en lang tradisjon når det gjelder vurdering og oppfølging av denne pasientgruppen. Siden 1997 har det allikevel blitt satt et ekstra søkelys på feltet. Ved kontinuerlig undervisning og veiledning, ved å gi tydelig ansvar til navngitte sykepleiere og faste møter der vi går igjennom rutiner har vi kvalitetssikret tiltakene.

Mitt hovedmål vil imidlertid være å forsøke å belyse hvem disse pasientene er. Hva er fellestrekk ved denne gruppen pasienter? Har det skjedd endringer i disse kjennetegnene over tid? Hvor mange reinnlegges etter et nytt forsøk på villet egenskade? Hvordan fordeler gruppen seg diagnostisk? Denne oppgaven er ment som et forsøk på å finne noen av disse svarene på disse spørsmålene og det er å håpe at den dessuten kan resultere i en ytterligere refleksjon over et vanskelig felt innen helsetjenesten.

1.2 Selvmordsdata for Norge

Vi har i Norge selvmordsstatistikker som strekker seg helt tilbake til første halvdel av 1800 tallet. Til og med 1855 gir statistikken bare det totale antallet selvmord. Fra 1856 begynte man også å skille mellom kjønn. Statistikkene viser en topp i selvmordshyppigheten i 1850, etter dette skjedde det en gradvis reduksjon mot et lavere nivå, som holdt seg helt til slutten av 1960 tallet. Så ser vi en nokså bratt stigning fram mot 1988, som var toppåret for selvmord i Norge. Dette året hadde vi 708 registrerte selvmord i Norge (Gjertsen 2005). Dette tilsvarer en selvmordsrate på 16,8. Etter dette kan man så igjen se en gradvis reduksjon av selvmordshyppigheten fram til 2003, da det ble registrert 502 selvmord. Dette svarer til en selvmordsrate på 11,0. (Gjertsen, 2005). Fra 1988 til 2003 har det altså vært en reduksjon på 5,8 selvmord pr 100000 i Norge.

1.3 Selvmordsforsøk i Norge

Nøyaktige oppgaver over hyppigheten av selvmordsforsøk i Norge finnes ikke. En grunn er at det ikke er registreringsplikt for slike skader. En annen er at mange aldri oppsøker helsevesenet, eller forteller noen om det de har gjort mot seg selv (Ystgaard, et al 2003). Det er også vanskelig å anslå i hvor stor grad det har foreligget en dødsintensjon i hvert av tilfellene. En studie fra Trondheimsområdet viste en økning i antall innleggelser i somatisk sykehus etter villet egenskade fram til 1987 (Rygnestad, et al 2004). Etter dette kom det en reduksjon fram til 2002. Denne utviklingen har vært nokså parallell til den vi har sett som gjelder gjennomførte selvmord i den samme perioden. Rygnestad anslår at det pr år er totalt ca 8600 innleggelser etter villet egenskade i Norge. Andre studier støtter disse tallene, bl.a. en større studie i regi av WHO, som startet på slutten av 1980 tallet og som pågår enda (Hjelmeland 1999) og Dieserud et als studie fra Bærum Kommune (Dieserud m.fl. 1992). Det er vanlig å anta at forholdet mellom tilfeller av villet egenskade og gjennomførte selvmord i et samfunn er ca 10:1 (Retterstøl, 1995).

I motsetning til selvmord, er altså ikke villet egenskade uvanlig.

1.4 Begreper og definisjoner;

I faglitteraturen brukes ofte begreper som selvmordsforsøk, parasuicid og villet egenskade om hverandre. I det følgende vil jeg redegjøre for begrepene og termene for å klargjøre hvilke definisjoner jeg vil legge til grunn i denne oppgaven.

Den britiske psykiateren Erwin Stengel definerer et selvmord (1997) som *"en bevisst og villet handling, som individet har foretatt seg for å skade seg selv og hvor skaden har ført til døden"* (Retterstøl et al. 2002)) Selv om det også eksisterer andre definisjoner og ordlyder når det gjelder definisjon av begrepet selvmord, ser det ikke ut som det foreligger særlig uenighet om denne definisjonen.

Vanskeligere er det når skaden ikke fører til død. I en periode var termen "parasuicid" flittig brukt i vår del av verden. I mange sammenhenger ble den nærmest benyttet synonymt med selvmordsforsøk og "villet egenskade", uavhengig av om det lå en dødsintensjon bak selv- skadingen eller ikke (Hjelmeland, H 1999). Dette har skapt en del uklarheter. Termen parasuicid er derfor nå på vei ut.

Når det gjelder begrepet selvmordsforsøk skiller nå klarere mellom skader som er påført med og uten dødsintensjon. En definisjon på selvmordsforsøk kan da være ” *en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv og som individet ikke har kunnet være sikker på å overleve, men hvor skaden ikke har ført til døden. En, om enn vag intensjon om å dø har vært til stede*” (Retterstøl et al 2002). En definisjon på villet egenskade kan være *En handling som ikke endte med døden, hvor inividet med vilje gjorde en eller flere av følgende ;*

- *Initierte atferd (for eksempel kuttet seg selv, hoppet fra en høyde) i den hensikt å skade seg selv.*
- *Tok medikamenter i en mengde ut over det som er vanlig anerkjent dose.*
- *Tok illegale stoffer/narkotika i den hensikt å skade seg selv.*
- *Svelget et ikke- fordøyelig stoff eller gjenstand.*

Villet egenskade omfatter enhver handling hvor intensjonen er å skade seg selv, med eller uten dødsintensjon (Ystgaard .M, et al 2003).

Selv er jeg opptatt av å se på problematikken rundt selvmordsatferd som et kontinuum eller som en prosess. Denne kan starte med en villet egenskade – gjerne uten dødsintensjon. Dersom individet blir værende i sin belastende livssituasjon og sin opplevelse av håpløshet – uten tilgang på adekvat støtte, vil den selvdestruktive atferden kunne vedlikeholdes og forsterkes og ende med en fatal, villet egenskade med døden til følge

1.5 Behandling og oppfølging etter selvmordsforsøk

Ca 20% av dem som gjør en villet egenskade, gjentar et liknende forsøk senere i livet. Det er størst fare de første månedene etter den aktuelle selvmordskrisen. Andre undersøkelser viser at ca 10% senere vil dø som følge av selvmord (Retterstøl et al. 2002). Dersom det foreligger en klar dødsintensjon, øker risikoen for død 6 ganger (Retterstøl, 1995). Undersøkelser kan tyde på at så mange som 40 % av pasienter som har vært behandlet etter en villet egenskade, ikke følger opp videre behandlingskontakter (Runeson et al, 1994). I en studie fra 1990 viser Brent og Kolko at bare halvparten av ungdom og unge voksne overholder den første behandlingsavtalen utenfor sykehuset og at bare en tredjedel møter opp til så mange som tre timeavtaler (Brent & Kolko, 1990). Den høye frafallsprosenten og den relativt høye dødeligheten blant disse pasientene stiller store faglige krav til den intervensjon som gjøres etter et selvmordsforsøk. De behandling og oppfølgingstilbudene

helsevesenet i dag tilbyr denne pasientgruppen er ulike, både med hensyn til kvalitet og varighet (Mork, et al. 2001). En undersøkelse fra Tromsø, som så på 90 innleggelser etter selvmordsforsøk, viste at det hos 1/3 av pasientene ikke var mulig å finne dokumentasjon for at pasientene var gitt tilbud om samtale omkring selvmordsforsøket (Berntsen, et al 1994).

I Oslo er det mindre enn 10 % av sykehusinnlagte pasienter etter villet egenskade som flyttes direkte over til psykiatriske avdelinger(Retterstøl, 1995). Dette er lavt sammenliknet med for eksempel situasjonen i Sverige der opptil halvparten av disse pasientene blir overført til psykiatrisk avdeling.

1.6 Oppfølging av selvmordsforsøkere ved Aker universitetssykehus (Aus) i Oslo

I handlingsplanen mot selvmord 1994 – 1999 ble det lagt stor vekt på å bedre kontinuiteten i oppfølgingen av pasienter som kommer i kontakt med hjelpeapparatet etter en villet egenskade. I denne forbindelse ble det igangsatt en rekke prosjekter med den hensikt å lage modeller for etablering av behandlingsskjeder. Det var dette som var bakgrunnen for at "Akermodellen" ble etablert og utviklet.

Ved Aus blir de aller fleste pasientene med intoksikasjon som resultat av villet egenskade lagt inn på en felles medisinsk og kirurgisk observasjonspost. Fra 1993 til 1995 var det årlig registrert ca.185 pasienter innlagt etter villet egenskade ved denne avdelingen. Den gang var det ikke systematiserte registreringsrutiner for denne gruppen. Vi kan derfor ikke vite hva slags oppfølging hver og en av dem fikk etter at de ble skrevet ut. Det vi vet, er at antallet pasienter holdt seg meget stabilt inntil vi i 1997 satte i gang særskilte tiltak ved å etablere en selvmordsforebyggende behandlingsskjede i vår sektor.

Det hele startet som et prosjekt i nært samarbeid med Seksjon for selvmordsforskning og forebygging. Det ble lagt ned et stort forberedende arbeid. Prosjektet ble forankret både hos direktøren ved sykehuset og bydelsdirektørene i de bydelene vi samarbeidet med. Målet var at alle pasientene skulle bli oppsøkt av en psykiatrisk sykepleier samme dag eller dagen etter utskrivelse fra sykehuset. Denne sykepleieren skulle så følge pasienten tett opp, inntil avtalt behandling i for eksempel psykiatrisk poliklinikk var kommet i gang. Sykepleieren skulle være godt kjent i bydelens helse og sosialtilbud. Hun skulle således fungere som et ombud, slik at vi på denne måten kunne

sikre oss at pasienten fikk en helhetlig oppfølging. Et ”skreddersydd opplegg” som skulle bidra til å lette den smerten pasienten var belastet med.

Hver av bydelene fristilte en psykiatrisk sykepleier i 20% stilling til deltakelse i det selvmordsforebyggende arbeidet. Stipendiat Georg Schelderup, som den gang var ansatt ved Seksjon for selvmordsforskning og forebygging stod sentralt i dette arbeidet. I denne prosessen ble ”Akermodellen” til (Schjelderup G. 1999). I korthet dreide det seg om å etablere et forpliktende samarbeid mellom medisinsk mottakspost, Enhet for konsultasjonspsykiatri og de psykiatriske sykepleierne i de aktuelle bydelene som representerte vårt nedslagsfelt. Mottaksposten valgte en gruppe sykepleiere som fikk hovedansvaret for å følge opp rutinene i mottaket. Disse fikk, sammen med de psykiatriske sykepleierne i bydelene, et spesielt undervisningsopplegg om temaet selvmord og selvmordsforebygging. Prosjektet førte med seg en tydeliggjøring av rutiner både i forhold til mottak, behandling og oppfølging av pasientene på sykehuset og i forhold til oppfølgingen ute. Kompetansen ble ivarettatt ved kontinuerlig undervisning rettet mot sykepleierne i mottak og de psykiatriske sykepleierne ute. Enhet for konsultasjonspsykiatri tok på seg ansvaret for kontinuerlig veiledning vedrørende pasientene til sykepleierne i bydelene. De fikk også tilbud om sykepleiefaglig veiledning eksternt. De tre forskjellige leddene av kjeden møttes så til evalueringsmøter to ganger i året. Dette opplegget ble så videreført og fungerte i hele den perioden jeg nå fokuserer på.

1.7 Behandling på sykehuset

Medisinsk mottakelsesavdeling har faste rutiner for alle som kommer inn med en villet egenskade. Disse inkluderer en medisinsk utredning og akutt behandling og videre overvåkning til pasienten er somatisk stabil. I den medisinske vurderingen ligger det også en akutt vurdering i forhold til suicidalfare og en videre risikovurdering så lenge pasienten er under somatisk behandling/observasjon.

Det er rutiner for at alle pasientene blir vurdert/utredet av psykiater eller psykiatrisk sykepleier fra sykehusets enhet for konsultasjonspsykiatri. Dette gjøres i tett samarbeid med ansvarlig lege og sykepleier i mottaket. Hver morgen er det møte mellom indremedisiner og psykiater/psykiatrisk sykepleier vedrørende nye pasienter. Pasienter som kommer inn i løpet av helgen skal som hovedregel bli liggende til påfølgende virkedag, evt. vurdert av vakthavende lege ved psykiatrisk akuttavdeling.

Foruten en vurdering av selvmordsfare, skal utredningen munne ut i hva slags oppfølging

pasienten skal tilbys etter utskrivning. Sykepleier ved observasjonsposten deler ut opplysningsmateriell om selvmordforebyggende team i bydelene. Hun er ansvarlig for å orientere og motivere pasientene til å være villige til å ta imot tilbudet. Som psykiatrisk sykepleier har jeg møtt mange pasienter i selvmordskrise. Her på Aus har jeg også samarbeidet med leger og sykepleiere med andre spesialiteter. Disse pasientene setter i gang følelser hos oss alle og stiller oss overfor mange spørsmål. Jeg vil søke å svare på følgende problemstillinger.

2.0 Problemstillinger

Omfang

- a. Hvordan har årlig antall innleggelser utviklet seg i perioden?
- b. Hvordan fordeler innleggelsene seg i løpet av årets måneder ?
- c. Hvordan er fordelingen i forhold til bydelene?

← - - - - **Formatert:** Punktmerking og nummerering

Hva slags medikament eller virkestoff ble benyttet i forhold til den villede egenskaden?

Beskrivelse av pasientgruppen

- a. Sosiodemografiske forhold.
- b. Hvilke psykososiale problemer og livsbelastninger har pasientene vært utsatt for før den villede egenskaden?

Hvilke psykiatriske diagnoser (ICD 10) hadde disse pasientene?

Hvilke behandlingsmessige tiltak ble iverksatt?

Reinnleggelser

- a. Hvordan fordeler antall reinnleggelser seg internt i pasientgruppen?
- b. Hvordan har årlig antall reinnleggelser utviklet seg i perioden?
- c. Hvordan fordeler reinnleggelsene seg i forhold til bydeler

← - - - - **Formatert:** Punktmerking og nummerering

2.1 Materiale

I tidsrommet 1/7 – 97 til 31/12 – 2003 ble 602 pasienter, fordelt på 718 innleggelser lagt inn på AUS etter villet egenskade. Alle disse pasientene inngår i datagrunnlaget for denne undersøkelsen (Tabell 1).

Representativitet

For å sikre at en størst mulig andel av pasientene som kom til AUS faktisk ble registrert i materialet, ble følgende tiltak gjennomført; 1) Alle rutiner ble gjort kjent for ansvarlige leger på medisinsk og kirurgisk klinikk, 2) det ble utpekt spesielle personer i mottaket som fikk ansvaret for å registrere alle pasienter som ble innlagt. Denne registreringen ble så sjekket opp mot listen over alle innlagte pasienter. 3) Jeg var hele tiden i tett dialog med ansvarlige sykepleiere i mottaket. Rutiner ble innsjerpert og meldinger ble da tatt opp.

Til tross for disse tiltakene er sannsynligvis ikke alle innlagte pasienter etter villet egenskade kommet med i datamaterialet. Det kan ha sin årsak i at enkelte pasienter har fått tilsyn fra vakthavende lege på psykiatrisk akuttavdeling på nattevakt og i helger. Enkelte kan også ha blitt innlagt på psykiatrisk akuttavdeling nokså direkte. I noen tilfeller er registreringen rett og slett uteglemt. Jeg har drøftet dette problemet med ansvarlig overlege på medisinsk observasjonspost. Hun peker på at rutinene vedrørende pasienter innlagt etter villet egenskade er godt kjent blant de vakthavende legene, og at det strider mot rutinene å skrive en av disse pasientene ut uten psykiatrisk tilsyn. Enhet for konsultasjonspsykiatri er godt tilgjengelig og godt kjent blant legene. Hun mener således, som meg, at få pasienter glipper unna i dette systemet.

2.2 Metode

I all hovedsak blir pasientene liggende på observasjonsposten i mottaket. Det er etablert en rutine på at Enhet for konsultasjonspsykiatri tar kontakt med dem hver morgen. Det er på denne måten vi får meldt pasientene. Overvåkningsavdelingen, som ligger på et annet sted, har på sin side ansvaret for å melde pasienter til oss før kl 0900 på alle virkedager.

Dataene ble samlet inn av medarbeiderne ved Enhet for konsultasjonspsykiatri. Bemanningen har bestått av 1 – 2 psykiatere/assistentleger, samt meg som oversykepleier. I hele perioden har det til sammen vært åtte personer involvert i datainnsamlingen, og alle har fått opplæring i registreringsperioden. Til innsamlingen av data ble det utarbeidet et eget skjema (Figur 1). Her

inngår variabler som kjønn, alder, sivil status, sosioøkonomiske forhold, aktuell og tidligere psykiatrisk behandling, bruk av psykofarmaka, somatisk sykdom o.s.v. For å få en mest mulig ensartet utfylling av skjemaene her vi hatt en kontinuerlig dialog. Dataene er analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS for Windows versjon 12.01. Rater for villet egenskade er regnet ut som antall tilfeller pr 100 000 innbyggere pr år. Folketallet i Aker sektor var på 139661 i 2003 (SSB. Folketall etter kjønn og alder. Oslo. Bydel. 1 Januar 2003). Dette tallet har i følge Oslo kommune ligget relativt stabilt i en rekke år og er derfor benyttet som grunnlag for rateberegning i hele perioden.

2.3 Forskningsetiske overveielser

Materialet er samlet inn og anonymisert på et eget registreringsskjema. Når det gjelder personlia er kun alder, kjønn og bydel registrert på SPSS. Innsamlingen har foregått internt og det skal ikke være mulig å spore dataene tilbake til de enkelte individer. Registreringen kommer derfor ikke i konflikt med vedtatte forskningsetiske retningslinjer som blant annet er skissert i Helsinkideklarasjonen.

3.0 Resultater

3.1 Omfang

I perioden ble totalt 602 pasienter fordelt på 718 innleggelser innlagt etter villet egenskade (tabell 1). Omregnet til årlige rater, vil dette si 79,1 (/100.000) for perioden som helhet, varierende mellom 58,0 og 93,8 i ulike deler av perioden. Når det gjelder forekomst av villet egenskade var det for perioden under ett nokså store forskjeller bydelene imellom. Grefsen/ Kjelsås hadde her lavest forekomst med en rate på 24,6. Bjerke bydel kom så med en rate på 42,6. Furuset har en rate på 72,8. Stovner har en rate på 77,5. Romsås 90,8. Helsefyr/Sinsen 91,4 og Grorud hele 113,1.

3.2 Innleggelser i forhold til årets måneder

Sett i forhold til måned for innleggelse, (Tabell 3) varierer antallet innleggelser ganske sterkt. Februar har færrest innleggelser, med en rate på 26,5, mens oktober og november har flest innleggelser med rater henholdsvis på 60,4 og 57,4.

3.3 Reinnleggelser

Totalt hadde 9.8 % (n = 59) av pasientene minst en reinnleggelse, 4,5 % (n=27) hadde flere enn en reinnleggelse. Kvinner og menn hadde lik forekomst av reinnleggelser 9,8 % vs 9,9 %. Hos dem som hadde vært reinnlagt var gjennomsnittstallet for innleggelser for kvinner på 3,0 og for menn 2,7, totalt på 2,9. Reinnleggelser forekom hovedsakelig i gruppen av pasienter med norsk opphav, mens pasienter med asiatisk og Afrikansk bakgrunn (N=55) ble det ikke registrert noe reinnleggelse. Antall reinnleggelser har gått betraktelig ned i løpet av perioden. Det er årene fra og med 2001 som står for den markante nedgangen (Tabell 12). Det er imidlertid store forskjeller mellom bydelene. Romsås topper denne statistikken mens Grorud ligger lavest. Den samme tendensen gjennspeiler seg også i forhold til de som blir reinnlagt mer enn en gang.

3.4 Sosiodemografiske variabler

3.4.1 Alder og kjønn

I det samlede materialet var det 67,3 % kvinner (N=405) og 32,7 % menn (N=197) (tabell 2). Denne kjønnsfordelingen holder seg rimelig stabilt i løpet av perioden. For kvinnene var gjennomsnittsalderen 39,5 år. For menn 40,2 år (Tabell 2).

Gjennomsnittsalderen varierer med ca fem år fra Grorud som har den de yngste pasientene (38 år) og Bjerke der pasientene hadde en gjennomsnittsalder på 44,2 år. Her var gjennomsnittsalderen, spesielt for menn nokså høy (Tabell 2), de andre bydelene hadde pasientene en gjennomsnittsalder varierende rundt 40 – 42 år (Tabell 2).

3.4.2 Etnisk tilhørighet

Nesten 84 % av pasientene var etnisk norske. Vel 9 % var fra Asia/Afrika (Tabell 2)

3.4.3 Sivil Status

43 % av pasientene i materialet var gifte. 18,4 % var skilt. 34,4 % var enslige og 4,1 % var enker/enkemenn. (Tabell 2) Nesten 57 % av pasientene var altså aleneboere. Dette tallet varierer noe, men ikke mye fra bydel til bydel. Når det gjelder gifte ser vi at Furuset og Romsås ligger høyest fulgt, av Grorud og Grefsen/Kjesås. (Tabell 2).

Gruppen skilte varierer med Helsefyr/Sinsen på topp. Stovner og Grefsen/Kjesås ligger på bunn. I gruppen enker/enkemenn ligger Bjerke og Romsås på topp, dette på tross av at disse bydelene har en lav andel eldre over 80 år. (Oslostatistikken)

3.4.4 Yrkes status

Svært mange av pasientene var avhengige av trygdeytelser eller sosial hjelp (Tabell 2). Tallene varierer sterkt mellom bydelene. Knappt en fjerdedel av pasientene totalt var i fulltids- arbeid. En liten håndfull var i deltidsarbeid. 30,6 % var uføretrygdet, og nesten 16 % gikk i en form for attføring. Arbeidsledigheten i gruppen varierer for 0 – til over 11 % mellom bydelene. Når det gjelder behov for sosial hjelp er det pasientene fra bydelene Helsfyr Sinsen og Grorud som hyppigst ser ut til å ha slike behov.

Dersom man slår sammen alle som ikke har noen form for inntektsgivende arbeid, (unntatt studenter) var det en samlet prosentandel på opp mot 61,7 (økonomisk inaktive) (Tabell 2).

Bydel Bjerke. Mens vel 12 % av pasientene fra Bjerke bydel var i deltidsarbeid, var bare 4,5 % i fulltidsarbeid (Tabell 2). Vel 80 % av pasientene fra Bjerke bydel var økonomisk inaktive. Gjennomsnittsalderen blant pasientene lå her høyt både for kvinner og spesielt for menn.

Grefsen Kjelsås skiller seg ut med den høyeste andel personer i fullt arbeid. Ingen av pasientene fra denne bydelen var arbeidsledige eller hadde behov for sosialhjelp, men vel 60 % av pasientene var økonomisk inaktive (Tabell 2).

Bydel Grorud hadde i likhet med Bjerke et nokså lavt antall som var i lønnet arbeid. Her er andelen arbeidsledige og sosialklienter høyest. Bydelen lå også i øvre skikt når det gjaldt personer på attføring eller langtids sykmeldte. 70 % av pasientene fra Grorud var økonomisk inaktive (Tabell 2).

Bydel Romsås lå i likhet med Grefsen Kjelsås høyt i andel fulltids arbeidene. Andelen alderspensjonister lå lavt, men gjennomsnittsalderen på pasientene, spesielt for menn lå relativt høyt. Andelen pasienter som var avhengig av sosialhjelp var lav i denne bydelen. 55 % av pasientene fra Romsås var økonomisk inaktive (Tabell 2).

Bydel Stovner hadde den høyeste andelen alderspensjonister blant pasientene. De toppet også når det gjaldt andel uføre. Få var arbeidsledige og få var avhengige av sosial hjelp. 66,9 % av pasientene fra Stovner var økonomisk inaktive (Tabell 2).

Bydel Furuset lå på bunnen når det gjaldt andel alderspensjonister blant pasientene, men toppet når det gjaldt andel uføre. De hadde også en nokså høy andel langtidssykmeldte og personer på attføring. 66,3 % av pasientene fra Furuset var økonomisk inaktive (Tabell 2).

Bydel Helsefyr/Sinsen Sammen med Stovner hadde denne bydelen den største andelen alderspensjonerte, men bydelen har da også totalt den desidert høyeste andel eldre over 80 år (Oslostatistikken,1994). 58,7 % av pasientene fra Helsefyr/Sinsen var økonomisk inaktive (Tabell 2).

3.4.5 Belastende livsforhold og livshendelser

I tabell 4 kan vi se at 75,2% av hele pasientgruppen hadde familiemessige problemer. 35,7% av pasientene hadde rusproblemer. 28,8% hadde betydelige økonomiske problemer. Vel 20,9% hadde vært utsatt for vold eller andre overgrep i sin oppvekst. Nesten en tredjedel hadde opplevd tap av en viktig relasjon tidligere i livet. Ca 10 % stod i en situasjon med tap av en viktig relasjon nå og 13,6 % stod oppe i et samlivsbrudd.

3.5 Metode for villet egenskade

Det er først og fremst villet egenskade i forbindelse med medikamentintoksikasjoner som fører til innleggelse på AUS. Kun unntaksvis har vi fått henvist pasienter som har skadet seg alvorlig på annet vis. Det er de pasientene som er i behov av medisinsk behandling og observasjon som kommer til oss. De lettere tilfellene blir, som før nevnt, oftest behandlet andre steder, for eksempel på legevakten.

Mange av pasientene har tatt flere medikamenter/virkestoffer samtidig. (Tabell 5) Det mest brukte hovedmedikamentet i intoksikasjonen, er Benzodiazepiner (Tabell 5). Paracetamol og Etanol følger så etter. Gruppen ”annet” rommer et bredt spekter av virkestoff, så som Insulin, plantevernmidler, løsemidler, div hjertemedisin, osv.

Når det gjelder bruk av Paracetamol som virkestoff, kan vi se at det er det yngre segment i gruppen som i størst grad benytter dette. I gjennomsnitt er disse ca 11 år yngre enn de som benytter andre virkestoff. (Tabell 6) Prosentandelen som benyttet paracetamol lå nokså jevnt i hele perioden. (Figur 2)

Av de som har Benzodiazepiner som det primære virkestoffet, hadde 23 % kombinert dette med andre stoff (Tabell 5). Det var imidlertid færre som blandet inn andre medikamenter når det var Paracetamol som var det primære virkestoffet. Her var antallet blandingsintoks nede i 13,5 % (Tabell 5). For de som forgiftet seg med Nevroleptika eller TCA, var det heller sjelden at andre virkestoffer var tatt. Bare ved 5,3 % av tilfellene var andre stoffer tatt samtidig (Tabell 5).

3.6 Diagnoser

Vi har benyttet diagnosesystemet ICD10 (WHO ICD10) og har i denne forbindelse bare benyttet en desimal for hoved diagnose. Vi har ikke dokumentert eventuelle bi diagnoser.

Omlag halvparten av pasientene ble vurdert som deprimerte. I nær 28 % av disse tilfellene var de depressive symptomene en følge av en tilpasningsreaksjon (Tabell 7). Vel 17 % hadde en personlighetsforstyrrelse. 16,5 % hadde en sinnslidelse som skyldtes bruk av rusmidler. Alkohol topper denne listen. Ca 5 % hadde psykoseproblematikk og det er de affektive psykosene som dominerer.

Vel 26 % av pasientene oppga at de var såpass plaget av psykiske symptomer, at de var fast medisineret på benzodiazepiner. Nesten en fjerdedel gikk på antidepressiva, langt de fleste på SSRI, og 13,5% stod fast på nevroleptika (Tabell 8).

Nesten 14 % av pasientene oppga å ha en kronisk somatisk lidelse. Muskel/skjelett smerter toppet denne problematikken (17%). Nesten 8 % hadde hjertesykdom (Tabell 9).

3.7 Behandlingsmessige tiltak

Som regel er det *en* behandler fra enheten som intervensjonerer i den enkelte saken. Alle pasientene blir imidlertid drøftet i fagteamet før råd gis til ansvarlig lege i mottaket. 7,5 prosent av sakene er imidlertid så kompliserte at flere behandlere blir aktivt med i prosessen (Tabell 9).

Diagnoseutredning var et sentralt tiltak i vel 40 % av sakene. Innkalling av familie skjedde i litt under 35 prosent av sakene (Tabell 10)

15,5 % av pasientene ble innlagt psykiatrisk akuttavdeling . Ca 25% ble henvist videre til oppfølging ved DPS. I nesten 17 % av sakene var fastlege eneste oppfølgende innstans (Tabell 11). Flere tiltak kunne imidlertid settes i verk paralelt.

4.0 Diskusjon

4.1 Omfang

Som vi ser i tabell 1, var den gjennomsnittlige raten for hele perioden var på 79,1. Denne raten var nokså stabil, bortsett fra årene 2000 til 2002, som var de årene med lavest rate. Det var ikke noen endringer i rutinene i perioden.

For å kunne si noe om disse tallene er høye eller lave, er det rimelig å sammenlikne dem med Hjelmelands tall fra Sør Trøndelag. I 1996 lå raten for villet egenskade der på ca 125 pr 100 000 for kvinner og ca 75 for menn. (H. Hjelmeland 1999) I mitt materiale lå ratene i gjennomsnitt for hele perioden for kvinner på 103,1 og for menn på 50,9. Altså noe lavere enn i Sørtrøndelag.

Det er vanlig å anta at mellom 15 og 25 % av pasientene som gjør en villet egenskade gjentar suicidal atferd. Spesielt sårbart er den første tiden, spesielt det første året etter behandling for villet egenskade. (Hjelmeland 1997) Fallet i antall repeterere hos oss har vært betydelig og det er ikke usannsynlig tableringen av "Akermodellen" Kan ha hatt en betydning. (Tabell 7).

4.2 Fordeling av innleggelser i forhold til årets måneder

Det blir sagt at "no man is an island". Vi lever ikke bare for og med oss selv. Vi påvirker og blir påvirket av det samfunn vi lever i. Dette er sentrale elementer i Emilie Durkheims sosiologiske teorier. (Durkheim 1897) Et annet element som påvirker oss er den rytmen og de ritualer som omgir oss. Mange har spurt om dette også kan ha betydning for suicidal atferd. Både Durkheim (1951) og Morselli (1881) har påvist en topp i antall selvmord på våren og forsommeren. Senere forskning har vist en topp også på etteråret, da spesielt for kvinner (Jessen 2003). Dette er bakgrunnen for den "sykliske hypotesen". Durkheim mente at det var en overhyppighet av selvmord i begynnelsen av en syklus. I begynnelsen av året, måneden eller uken. Han begrunnet dette med at det da var en periode med høyest forventet aktivitet. Altså den perioden som stiller høyest krav til mestring. En skal i denne forbindelse merke seg at den årlige syklus ikke starter i januar, som i en kalender. Syklusen starter på våren og forsommeren. Det er da vi psykologisk sett går inn i en ny periode. Det er da naturen våkner til nytt liv (Durkheim, 1897). Flere studier har bekreftet denne hypotesen. (MacMahon 1983, Massing&Angermeier 1985) Men dette gjelder altså i all hovedsak fullbyrdede selvmord, ikke selvmordsforsøk.

I materialet var det ingen tydelige svingninger i antall innlagte pasienter gjennom uke dagene. Dette støttes da også av Gert Jessen (Jessen. G, 2003). Han fant heller ingen klar ukesyklus når det gjelder villet egenskade. Når det gjaldt måned for innleggelse derimot, var det nokså store variasjoner (Tabell 3), men hos oss var det sensommer, høst og forvinter som hadde de høyeste tallene.

Vi kan også merke oss trendbruddet vi ser i Desember måned (Tabell 3). Vi kan se at raten ligger på 57,4 i November, men faller så brått til 37,5 i desember. Dette fenomenet støttes av ”Death – Dip” hypotesen som først ble framlagt av D.P. Phillips for vel 30 år siden. Denne går ut på at noen mennesker har evnen til å utsette sin død til etter en viktig begivenhet. Det kan for eksempel dreie seg om egen eller andres fødselsdag. Nyere forskning har imidlertid vist at dette fenomenet er mest fremtredende i forhold til bestemte helligdager eller høytider. Julen er en slik høytid. Kanskje den mest forhåpningsfulle av dem alle. En høytid som bringer med seg håp om lys og bedre tider (Phillips, 1972). Det presiseres imidlertid at det her kun dreier seg om en utsettende effekt av selvsykningen eller selvmordet. Det dreier seg om å skyve selvmordshandlingen fra før til etter høytiden. Det vil altså si at raten igjen vil stige etter høytiden. I mitt materiale stiger da også frekvensen noe etter jul (Tabell 3), den reduseres så litt i februar, for så å gå i en svakt stigning ut året.

4.3 Reinnleggelser

En kan ikke se på et tilfelle av villet egenskade som en isolert og enestående handling. Vi må forstå den ut fra den spesielle situasjonen den enkelte pasienten står i. Det dreier seg om biologiske, psykologiske og sosiale sårbarhetsfaktorer som samlet har ledet pasienten til det skritt å gjennomføre en villet egenskade. En opplevelse av håpløshet har i mange studier vist seg å stå helt sentralt i situasjonen. Mark Williams beskriver dette godt i sin bok ”Suicide and attempted suicide” (Williams, 2001). I Kapittelet ”Cry of pain” beskriver han hvorledes et menneske kan bli drevet inn i en situasjon der han føler seg helt låst og fanget. Håpløsheten dominerer og er uutholdelig for den det gjelder. Han ser ingen mulighet for lettelse verken i nær eller fjern fremtid. Det er kanskje ikke slik at han egentlig ønsker å dø, men han klarer ikke å leve. Dette kan forklare noe av den ambivalens vi ser hos de aller fleste som begår en villet egenskade. Williams sier seg enig i at det nok kan være kommunikative aspekter i forbindelse med villet egenskade. Det kan dreie seg om et rop om hjelp, et ønske om å kontrollere andre eller en handling der pasienten selv velger å forlate, for på den måte unngå å bli forlatt selv. Men i følge Williams dreier det først og fremst seg

om et rop i smerte. Et rop som kommer fra et menneske som opplever seg fanget i en uutholdelig situasjon og som heller ikke ser noen redning eller lettelse i fremtiden. Dette er bl a bakgrunnen for at en snarere kan se på villet egenskade som et kontinuum enn en isolert engangshandling. Dersom den det gjelder ikke oppnår en lettelse i sin psykiske smerte, vil alternativet, å forlate verden, stå der som en mulighet og som en løsning. (Williams, 2001)

Som nevnt regner en med at mellom 15 og 20 % av pasientene vil gjenta en episode med villet egenskade senere i livet (Livsprevalens) (Retterstøl 1995). Gilbody S et al (1997), blir det beskrevet en ettårs oppfølging av 1576 pasienter etter innleggelse på sykehus pga villet egenskade. 12% av pasientene kom tilbake etter ny villet egenskade. 28 % av disse kom igjen flere ganger. Studien sier noe om hvor sårbar den første tiden etter en villet egenskade er. I en 12 års oppfølgingsstudie i Bærum fant man at 21 % gjentok episoder med villet egenskade (Dieserud, et al 2000). Dette dokumenterer at disse pasientene er svært sårbare for tilbakefall. Andre studier viser at stadige gjentakelser også øker sjansen for fatal utgang (Zahl, et al 2004) Dette understreker hvor viktig det er å ha en aktiv holdning i forhold til disse pasientene. Det å forsøke å bidra til å snu en selvdestruktiv utvikling slik at repetering unngås bør stå sentralt i all selvmordsforebygging. I så måte kan det se ut som vi har lyktes ganske godt hos oss. 9,8 % kom tilbake med ny villet egenskade. 42,4% av disse kom igjen flere enn en gang. (Tabell 12) Trendbruddet kom fra 2001. Da var alle rutiner godt innarbeidet og personalet godt trent. Sett på bakgrunn av andre studier dette et ganske brukbart resultat.

4.4 Sårbarhetsfaktorer for repetisjon av villet egenskade

Tidligere tilfeller av villet egenskade er hovedprediktoren for fremtidig selvmordsatferd (Kreitman, et al 1988). Etter dette kommer sosiodemografiske faktorer som alder mellom 25 og 49 år, skilte, uten arbeid, lavere sosiale lag, lav utdanning(Hjelmeland 1996). Økonomisk inaktivitet spiller også en rolle her. Dette vil jeg komme nærmere inn på under kapitlet sosiodemografiske variabler .

Flere studier viser at det er mulig å snu en negativ utvikling. I en kohortstudie fra England halverte men nesten antall repeteringer ved å sette inn en adekvat psykososial oppfølging av pasientene (Kapur, et al 2002). Dette var da også hoved- rasjonale vårt da vi etablerte "Akermodellen" i vår sektor. Det er imidlertid en svakhet at jeg i mitt materiale ikke har tall for gjentakelse av villet egenskade før vi satte inn tiltak i 1997. Mitt og andres subjektive inntrykk er imidlertid at de samme

pasientene tidligere i mye større grad kom tilbake. Materialet viser imidlertid en markant nedgang i repetisjoner i løpet av perioden, spesielt fra 2001. (Tabell 12).

Vi kan ikke forklare fallet i repeteringer med innføringen av oppfølgingsteam alene. Selv om vi vet at de fleste tok imot tilbudet, vet vi ikke eksakt hvem eller hvor mange dette var. Vi må nok heller se på en mer kompleks årsaksforklaring. Det at alle ledd i behandlingskjeden satte fokus på problematikken og handlet aktivt i forhold til den kan nok ha hatt sin virkning. Systematisk undervisning av leger og sykepleiere i mottaket har endret holdningene overfor pasientene. De oppleves ikke lenger bare som ”brysomme og manipulerende”, men som verdig trengende mennesker i krise, folk som har behov for en tverrfaglig tilnærming og videre målrettet oppfølging. Oppfølgingen, fra innleggelse til utskrivelse og i tiden etter, skulle ha som siktemål å lette psykisk smerte ved å gi emosjonell støtte og ikke minst bidra til endring og lettelse i de belastende faktorene som det var mulig å gjøre noe med, enten på kort eller på lengre sikt.

4.5 Fordeling i forhold til bydel

I tabell 1 kan vi se at det er relativt store forskjeller på frekvens av villet egenskade bydelene i mellom. Den høyeste forekomsten finner vi i bydel Grorud. Her er raten på vel 113,1 mot vel 24,6 i Grefsen/Kjelsås, som har den laveste raten. Det omvendte bildet ser vi på gjenntakerne (Tabell 12). Her ligger Grorud lavt, mens Grefsen/Kjelsås ligger høyt. For å forstå denne spredningen er det naturlig å se på de sosioøkonomiske forholdene og sette disse opp mot hyppigheten av villet egenskade i bydelen der pasienten bor. I dette arbeidet har jeg hatt god nytte av Oslostatistikken (1994). Her visualiseres de sosioøkonomiske variablene bydelsvis i stjernerdiagram. Bydel Grefsen/Kjelsås, som har den klart laveste raten, er også den bydelen som har lavest forekomst av sosioøkonomiske problemer (Oslostatistikken). I motsetning til alle de andre bydelene var det også her et lavt antall personer med lav utdanning. Dette i kontrast til Grorud, som har et høyt antall mennesker med lav utdanning og som scorer på snittet eller over på alle de andre variablene.

Når det gjelder sårbarhet for villet egenskade er som sagt de viktigste sosiodemografiske variablene aleneboende, spesielt skilte, folk med lav utdanning, uten arbeid eller økonomisk inaktive (Osvath P. Et al 2003). På bydelsnivå kan antall uføretrygdte, langtidssykmeldte, andel på attføring, sosialklienter og barnevernklienter si noe om grad av mestring og funksjon i en befolkning. Dårlig økonomi fører lett til en opplevelse av ikke å være integrert. Dette kan gi en opplevelse av å være stigmatisert, stå utenfor. Det samme kan gjelde for familier som ikke er i stand til å ta vare på sine

barn uten støtte fra det offentlige. For mange kan kontakten med barnevernet være forbundet med skam. Jeg vil i det følgende gå igjennom og diskutere de viktigste sosiodemografiske variablene i min studie for så å sette disse opp imot de tallene jeg har funnet.

4.6 Sosiodemografiske variabler

4.6.1 Kjønn; Andelen kvinner i materialet varierer bydelene i mellom fra 50 til nesten 79%. Samlet sett var det i mitt materiale 67,3 prosent kvinner (Tabell 2). Dette stemmer overens med andre undersøkelser. I motsetning til fullbyrdet selvmord, der det er menn som dominerer bildet, er det flest kvinner som utfører en villet egenskade. Det vanlige er å se på andelen kvinner og menn ut fra forholdet 3:1. Det at menn oftere enn kvinner benytter seg av voldsomme og dødbringende metoder, (skyting, hengning) kan være noe av årsaken til dette. Kvinnene, derimot, benytter seg oftest av medikamenter og sjansen for å overleve en villet egenskade, selv med en høy grad av dødsintensjon er derfor atskillig større for kvinnene enn mennene. Et annet aspekt ved denne kjønnsfordelingen er de forskjellene vi ser i menns og kvinners tilnærming til egen helse og egne livsproblemer. Selv om det ikke er noen grunn til å tro at kvinner har større livsproblemer enn menn, så oppsøker kvinner helsehjelp hyppigere enn menn. Dette kan kanskje ha sin årsak i at det er kvinnene som føder barn og som i større grad enn menn følger disse opp på helsekontroller i barneårene. Kvinnene får således et mer fortrolig forhold til helsearbeidere enn det menn får. Mark Williams (2001) drøfter også dette i boka "Cry of Pain". Han peker her på at kvinner, i større grad enn menn tar opp sine problemer tidlig i problemenes utviklingsprosess. De kjenner på smerten tidligere i forløpet og sier fra på et tidligere tidspunkt, kanskje før alt har låst seg. Det er derfor grunn til å tro at ambivalensen rundt handlingen er større enn hos mennene. Menn tar i mindre grad opp sine livsproblemer før det har låst seg helt.

4.6.2 Alder. Gjennomsnittsalderen i mitt materiale lå på 39,5 år for kvinner og 40,2 år for menn (Tabell 2). Dette er atskillig høyere enn beskrevet i studien fra Sør-Trøndelag, der snittet var 36 år både for kvinner og menn (Bjerke, et al. 1995). Dette slår spesielt ut for andelen av menn i bydelene Bjerke og Grefsen-Kjelsås. Kanskje ligger noe av forklaringen på dette i at disse to bydelene kommer atskillig bedre ut når det gjelder økonomiske og sosiale forhold enn de øvrige. Dersom vi ser på det generelle utdanningsnivået, ligger også dette høyt i Grefsen-Kjelsås. Bjerke kommer heller ikke så verst ut her. Det kan altså se ut som at generelt gode sosioøkonomiske forhold kan bidra til at færre unge utfører villet egenskade.

4.6.3 Sivil status. Det å være aleneboende er en kjent sårbarhetsfaktor i forhold til villet egenskade.

Det samme gjelder følgene av skilsmisse eller tap av ektefelle ved død (Bjerke et al, 1995.

Rygnestad, 1991). Dersom vi ser på alle bydelene under ett, lå antall aleneboende på nesten 57% (Tabell 2). I Sør- Trøndelag lå disse tallene betydelig lavere. Der ble 23% av kvinnene og 33% av mennene registrert som aleneboende. I mitt materiale var nær 18,5% skilte. Altså en god del lavere enn tallet fra Trøndelag, som var på henholdsvis 26% for kvinner og 22% for menn. 4% av pasientene i mitt materiale var enker/menn. Dette er jo en sårbar gruppe, men tallet er for lite til at jeg kan si noe sikkert om koplingen til villet egenskade her.

4.6.4 Utdanning/arbeid. Det finnes mange studier som beskriver sammenhengen mellom arbeidsløshet og selvmord eller villet egenskade. Det er allment akseptert at arbeidsledighet, spesielt over tid, er en signifikant sårbarhetsfaktor i forhold til nevnte fenomener. Spesielt gjelder dette i de lavere sosiale lag i befolkningen. (Platt & Hawton 2000). Dersom vi ser på befolkningen i vår sektor, var det en høyere forekomst av mennesker med generelt lavere utdanning enn gjennomsnittet i Oslo som helhet (Oslostatistikken 1994). Dette kan blant annet bety at denne befolkningen er mer sårbar i forhold til å falle ut av arbeidsmarkedet enn gjennomsnittet for Oslo.

Ca 27% av pasientene i sektoren var yrkesaktive, de aller fleste på full tid, men også noen på del tid (Tabell 2). Dette ligger nesten 10 % lavere enn tallene fra Sør-Trøndelag. Der var 35% yrkesaktive (Bjerke, et al.1995). Arbeidsledigheten var derimot ikke spesielt stor i mitt materiale (Tabell 2). Den lå samlet på vel 6% mot 13 % i Sør Trøndelag. Dette kan ha sin årsak i at arbeidsmarkedet generelt sett har bedret seg siden den gang, men det kan samtidig se ut som at en del av den reelle arbeidsledigheten skjules ved at såpass mange var avhengige av sosial og trygdeytelser. Andelen uførhet på i mitt materiale på over 30,5%, mot 17 % i Sør Trøndelag.

Jeg merker meg at andelen økonomisk inaktive i mitt materiale samlet var på hele 61,7% (Tabell 2), og i en bydel, Bjerke, hele 80 %. Med økonomisk inaktivitet mener jeg mennesker med alderspensjon, uførepensjon, langtids sykmeldte, mennesker på attføring/rehabilitering, arbeidsledige og de som er avhengige av sosial stønad. Selv om vi nok må korrigere noe i forhold til kvinner som er underholdt av sine menn, er dette tallet er såpass stort at det bør gi grunn til refleksjon i forhold til tiltak for selvmordsforebygging i området. Dersom man skal klare å holde folk i arbeid eller hjelpe

dem tilbake til arbeidslivet vil det blant annet være nødvendig å etablere et tett samarbeid mellom trygdekantor, arbeidskontor og sosialkontor. En bør fortsatt stimulere trygdene til å forsøke seg på en trinnvis tilbakeføring til arbeidslivet der dette er mulig, uten at dette tar fra dem den tryggheten trygden kan representere for dem.

4.6.5 Etnisk tilhørighet. I 2003 var det til sammen 33922 ikkevestlige innvandrere i sektoren (SSB tabell 14 Innvandrarbefolkninga 2003). Dette utgjør 25% av aker sektors befolkning. Bare litt over 9,2% av pasientene i mitt materilae var ikke vestlige innvandrere (Tabell 2). Noe av årsaken til den lave forekomsten av villet egenskade i innvandremiljøene, kan trolig forklares med de religiøse beskyttelsesfaktorene mange bringer med seg. Spesielt blant muslimer er selvmord lite akseptert, noe som nok holder mange borte fra selvskading.

5.0 Metode for villet egenskade

I all hovedsak er det de pasientene som har valgt forgifting som metode vi har kommet i kontakt med. Hvilke stoffer eller gifter som benyttes, blir påvirket av både kultur og tilgjengelighet (Retterstøl, et al 2002). De selvmordstruede pasientene bruker det middelet som er mest tilgjengelig. Tidligere var barbiturater hyppig benyttet som middel i Norge. Dette var medikamenter som ble mye brukt i terapeutisk øyemed og fantes i mange hjem. Dette var farlige midler og førte derfor til mange dødsfall. Etter at barbituratene ble avregistrert som sovemiddel i 1980, ser nå vi sjelden eller aldri dødsfall på grunn av barbiturater. Noe av det samme gjelder trisykliske antidepressiva. Dette er også svært giftige medikamenter og kan forårsake død ved relativt små doser. Etter at bruken av SSRI i større og større grad har tatt over i behandlingen av depresjoner, har bruken av trisykliske antidepressiva falt betraktelig (Retterstøl et al, 2002). Dette bekreftes i mine tall. Trisykliske antidepressiva var brukt bare i 5,6 % av tilfellene (Tabell 5). Det var benzodiazepiner som toppet listen (30%) (Tabell 5). Dette er jo også et hyppig brukt legemiddel, og det var også et faktum at så mange som vel 26 % av pasientene brukte dette som fast medikament også før intoksikasjonen (Tabell 8). Dernest kom Paracetamol (20,5%) (Tabell 5), som jo er et nokså lett tilgjengelig legemiddel, og er et mye brukt medikament mot forskjellige daglige smertetilstander som hodepine og muskelsmerter.

Når det gjelder selvmordsforebygging er det viktig at samfunnet har god kontroll med dødelige medikamenter og har muligheten til å begrense tilgjengeligheten i så stor grad som mulig. Dette viste seg helt tydelig i England for noen år tilbake. Tidligere var det da vanlig å selge Paracetamol på

glass med 100 stk. Da man erfarte at svært mange benyttet nettopp Paracetamol som forgiftningsmedikament, valgte man å begrense tilgjengeligheten. Man sluttet å selge store kvanta og valgte i stedet å selge medikamentet i 20 pakninger, der man måtte trykke ut en og en tablett. Fallet i antall alvorlige forgiftninger var så deretter svært stort. (Hawton. K, 2002)

I Norge har man gått den andre veien. Vi har riktignok i lengre tid begrenset salget i form av et mindre antall tabletter pr. pakning. Vi har også et system der tablettene må trykkes ut en etter en. Dette er ment å forsinke forgiftningsprosessen, slik at den selvmordstruede kanskje besinner seg eller ikke får i seg så stort antall tabletter. Mot manges råd har vi imidlertid økt tilgjengeligheten av dette medikamentet. Fra å være begrenset til utsalg i apotek, kan Paracetamol nå kjøpes både på bensinstasjoner og i dagligvareforetninger. Mange har ment at dette vil kunne føre til økt forekomst av paracetamolforgiftninger. Inntil nå foreligger det ikke sikre forskningstall som kan bekrefte dette, men det er grunn til å tro at det snart vil foreligge en slik dokumentasjon. Jeg har ikke kunnet finne noen økt prosentandel av intoksikasjoner med paracetamol i mitt materiale i perioden. (Fig 2)

6.0 Diagnoser

Når det gjelder fullbyrdede selvmord er det vanlig å si at mer enn 90 % av ofrene hadde en behandlingstrengende psykisk lidelse i forkant av selvmordet (Black, et al 1990). Dette har man kunnet fastslå etter flere autopsistudier foretatt etter fullbyrdede selvmord (Henriksson, et al 1993). De vanligste diagnosene er alvorlige depresjoner, schizofreni, stemningslidelser, personlighetsforstyrrelser, spesielt borderline og antisosial, og til slutt ruslidelser.

Nå er det jo ikke slik at selvmord og selvmordsforsøk det samme. Fenomenene er overlappende, men, ikke identiske. Grad av behandlingstrengende psykisk lidelse er da heller ikke tilstede i samme grad hos forsøkerne som hos de som foretar en fatal egenskade (Hjelmeland H. 1999). Jeg finner imidlertid de samme tendensene i mitt materiale som de man finner i suicidologilitteraturen (Mehlum, et al 1999). Det er depresjonene som dominerer. Nesten halvparten av pasientene oppga at de opplevde seg som deprimerte (Tabell 7). Gruppen med personlighetsforstyrrelser var på nesten 17 %, men denne gruppen er nok underdiagnostisert. Man skal jo være varsom med å sette en slik diagnose på bakgrunn av en så kort observasjonstid som vi har til rådighet. Mange av disse har nok blitt diagnostisert som depresjoner eller tilpasningsforstyrrelser. Det samme gjelder gruppen for rusavhengige, vel 15 %. I materialet er det alkohol som dominerer, men mange underrapporterer, og i denne ruten blir bare de som erkjenner å ha et misbruksproblem eller som helt åpenbart har det, kodet

inn. Når det gjelder psykoselidelsene, er det de affektive lidelsene som dominerer, noe som vel ikke er så overraskende. Dette er lidelser med en generelt sett relativt høy mortalitet etter villet egenskade.

Somatiske sykdommer er ikke sjelden komorbide i forhold til psykisk lidelse, selvmord og villet egenskade (De Leo, et al 1999) 55,5 % av pasientene i materialet hadde en somatisk plage som begrenset dem i betydelig grad (Tabell 9). Det var muskel/skjelett plagene som dominerte (17%). Det var da heller ikke så overraskende, siden slike plager ofte vedlikeholdes av psykisk stress. Hjerne/kar lidelser var også tilstede i mange av tilfellene, lidelser som ikke sjelden setter grenser for mye på aktivitet og som kan være opphav til mye angst og ikke minst smerte.

7.0 Behandlingsmessige tiltak.

Statens helsetilsyn har gått ut med klare standarder for utredning og psykososial oppfølging av pasienter etter villet egenskader. Dette avspeiles da også i norske helseinstitusjoner (Utredningsserie 3-2001).

Det er all grunn til å tro at denne pasientgruppen profitterer på å få en grundig psykiatrisk vurdering som ender opp i en etterbehandling/oppfølging etter utskrivelse fra sykehuset.

I retningslinjene for mottak av pasienter etter villet egenskade på Aker US står det derfor at pasientene skal få psykiatrisk tilsyn, primært fra Enhet for konsultasjonspsykiatri, sekundært fra vakthavende lege på psykiatrisk akuttavdeling.

Jeg har ofte spurt meg selv om det er noe helt spesielt som kjennetegner mennesker som utfører en villet egenskade. Jeg har tidligere nevnt en rekke forhold som gjør pasientene utsatt, men det er en faktor jeg ikke har understreket godt nok, nemlig bruddene. Tap, relasjonsbrudd og neglekt står ofte sentralt. Å dø for egen hånd handler jo også i dypeste forstand om et endelig brudd med nære relasjoner. En villet egenskade, med varierende grad av dødsintensjon, handler i realiteten om å bryte mellommenneskelige bånd. Det er derfor ikke så overraskende at familieproblematikk står sentralt i så mange som 75 % av sakene i mitt materiale (Tabell 4). Tidligere relasjonsbrudd, seksuelle overgrep og familievold, samlivsbrudd og nylig relasjonsbrudd står også sentralt (Tabell 4).

Det å skape et fortrolig og støttende rom, der vi kan drøfte den aktuelle situasjonen, og sammen se på muligheter og håp er derfor viktig. Det å forsøke å knytte et bånd blir også et viktig element i møtet med den selvmordstruede pasienten. Det er jeg som sitter nær i situasjonen, og et viktig mål for

samtalen blir da å forsøke å bygge et, om enn vagt bånd mellom meg og pasienten. Det dreier seg altså om å forsøke å etablere en allianse som er sterk nok til at håp etableres og ny egenskade unngås.

Tilsynet innebærer blant annet også en kartlegging av pasientens livshistorie med fokus på eventuelle tidligere livshendelser som kan ha betydning for det aktuelle forholdet. Dette kan dreie seg om predisponerende faktorer biologisk, psykologisk eller sosialt. Det kan dreie seg om tidlige tap, brudd eller overgrep. Vi setter også fokus på pasientens nåværende livssituasjon. Hva var motivet? Hva er det som er så uutholdelig i livssituasjonen. Vi ser etter biologiske, psykologiske og sosiale sårbarhetsfaktorer, men også faktorer som kan være beskyttende i situasjonen. Dette kan for eksempel være å finne i det sosiale miljøet på jobben, i familien eller i vennekretsen. Vi spør om eventuelle tidligere tilfeller av villet egenskade hos pasienten selv eller hos familie eller venner. Vi kartlegger eventuelle psykiatriske lidelser eller rusmisbruk.

En del av pasientene har en kjent psykisk lidelse fra før. Andre kan være såpass kompliserte at det kreves en lengre observasjonstid, f.eks ved DPS eller Akuttpsykiatrisk avdeling, for å gi en så riktig psykiatrisk diagnose og så god oppfølging som mulig. Dette er nok bakgrunnen for at vi gjør en diagnoseutredning i bare vel 40 % av tilfellene (Tabell 10). Ut over en midlertidig justering av fast medikasjon eller råd om søvnmiddel de nærmeste dager er det liten grunn til at vi skal engasjere oss medikamentelt. Dette gjøres da også i liten grad (26,9%) (Tabell 10).

Som nevnt over, var familieproblematikk sentralt i 75% av tilfellene (Tabell 4). Kontakt med familien, i den grad det finnes noen å kontakte, står derfor sentralt i vårt arbeid. Der det er mulig og virker hensiktsmessig kaller vi derfor inn familien til samtale sammen med pasienten mens han enda er inneliggende. I denne samtalen forsøker vi å få i gang en dialog mellom familien og pasienten. Målet er å få i stand en økt forståelse og en klar avtale om ansvarsfordeling etter at pasienten skrives ut. Familien er ikke sjelden redd for fremtiden. Vi må derfor trygge og tydeliggjøre hva det videre opplegget vil inneholde og hva som bør gjøres dersom pasienten skulle komme inn i en ny selvmordskrise. Pasienten blir ikke skrevet ut før vi har blitt enige om hva slags helsehjelp eller hvilke tiltak som det blir nødvendig å etablere med tanke på å lette smerten eller løse problemene på kortere eller lengre sikt.

8.0 Videre henvist – Oppfølging

Som tidligere nevnt, får alle pasientene tilbud om kontakt med oppfølgingsteam i bydelene. Ut over dette gis et differensiert tilbud tilpasset den enkeltes behov.

I litteraturen varierer tallene mye når det gjelder innleggelser i psykiatrisk avdeling etter en villet egenskade. Etter vurdering fra oss ble 15,5 prosent av pasientene lagt direkte inn i akuttpsykiatrisk avdeling (Tabell 11). En sammenliknende studie av pasienter innlagt etter villet egenskade i Huddinge i Sverige og Pauda i Italia har vist at nesten 60 % av de svenske pasientene ble innlagt i psykiatrisk avdeling mot vel 20 % av de Italienske (Runeson m fl 2000).

Den finske undersøkelsen til Suominen viste at 30 % av mennene og 35 % av kvinnene ble innlagt (Suominen KH 2004). Dette viser noe om kulturelle forskjeller. Italia har jo vært kjent for sin vektlegging på ambulant psykiatribehandling. Sverige og Finland har vel ligget noe etter her.

Siden slutten av 80-tallet har antall sengeplasser i psykiatriske avdelinger sunket dramatisk. Dette har vært en politisk styrt prosess, som har fulgt psykiatireformen. Resultatet har blant annet blitt at liggetiden ved de psykiatriske akuttavdelingene har sunket betraktelig. Gjennomsnittlig liggetid for pasienter ligger nå i underkant av 8 dager. Vi har i stedet lagt stor vekt på utbygging av distrikts psykiatriske sentra, DPS. Disse skal kunne tilby et differensiert psykiatrisk tilbud til de som henvises. Med så stor turnover av pasienter i akuttavdelingene er det viktig at vi som henvisere ser på innleggelse bare som siste utvei. Pasientene er sårbare og en for rask utskrivning vil lett kunne bli oppfattet som nok et neglekt eller en ny avvisning. Dette vil så igjen kunne føre til en økt og ikke en redusert suicidalfare. Det er mange som mener at nedbyggingen av psykiatriske sykehusavdelinger har gått for langt, og at dette har gått ut over en etisk forsvarlig behandling av mennesker med psykiske problemer. Vi har da også fra tid til annen sett at pasienter har tatt sitt liv etter en for tidlig utskrivning fra sykehus. Dette er et etisk dilemma som setter store krav til helsearbeidere innen dette feltet.

Når det gjelder oppfølgingstiltak utenfor sykehus, vet jeg at vi har forsøkt å tilby et så differensiert tilbud som mulig. Vi har vært opptatt av rett oppfølging på rett nivå. Alle har fått tilbud om oppfølgingsteam. Som supplement til andre tiltak, fast lege (16,7%), sosialkontor(11,8%) eller familieverkontor(2,4%), var dette i mange tilfeller tilstrekkelig (Tabell 11). Andel pasienter som ble henvist til DPS varierer noe fra år til år. I gjennomsnitt lå tallet på 23 %.

9.0 Konklusjon

Når det gjelder antall reinnleggelser, må tallene korrigeres i forhold til de som har falt bort ved død i løpet av perioden. Dette er jo en sårbar gruppe, ikke bare i forhold til selvmord, men også død av andre årsaker. Antall reinnleggelser av pasienter etter villet egenskade viste en fallende kurve, spesielt i slutten av perioden. Dette gjaldt i særdeleshet gruppen gjenngangere. (De som hadde flere enn en reinnleggelse) Denne gruppen ble nesten borte. Dette kan tyde på at det har vært hensiktsmessig å etablere et forpliktende samarbeid mellom medisinsk mottak, Enhet for konsultasjonspsykiatri og bydelene i opptaksområdet. (Akermodellen)

Antall innleggelser øker på sensommer og høst. Fallet i innleggelser i desember og økningen i januar, bekrefter teorier som går ut på at mange er i stand til å utsette en selvdestruktiv handling til etter en stor høytid.

Grad av psykososial problematikk og stabilitet i bydelene som helhet ser ut til å påvirke antallet personer som gjør en villet egenskade.

Det var Benzodiazepiner som var det hyppigst brukte medikament for intoksikasjonene. Derest kom Paracetamol.

Gjennomsnittsalderen på pasientene var på i overkant av 40 år. Kvinnene var i snitt ca ett år yngre enn mennene. Dette er en høyere gjennomsnittsalder enn det man fant i Sør Trøndelag. Nesten 60 % av pasientene var aleneboere, også dette betydelig høyere enn i Sør Trøndelag. I forhold til den relativt høye andel ikke vestlige innvandrere i bydelene, stod disse for en relativt beskjeden andel av innleggelsene.

61,7 % av pasientene var økonomisk inaktive. Det å falle ut av arbeidslivet ser ut til å ha stor betydning for utbredelse av villet egenskade. Tapsproblematikk, nå eller tidligere, stod sentralt i nesten halvparten av pasientene. Aktuell familieproblematikk stod sentralt hos over 75% av pasientene. Økonomiske problemer var også et sentralt tema for mange. Nesten 21 % av pasientene hadde vært utsatt for incest eller annen vold i oppveksten. Vel 31 % hadde vært utsatt for et tidlig relasjonstap. Tap, vold, relasjonsproblematikk og økonomiske vansker er altså sentrale tema når det gjelder villet egenskade.

Når det gjelder psykiatrisk diagnose, var det depresjonene som dominerte. I forhold til ICD 10, hadde nesten halvparten av pasientene en tilpasningsreaksjon med depressive symptomer eller en kliniske depresjon. Av de vel 5% som var psykotiske, var det de affektive lidelsene som dominerte. 16,5 % hadde en psykisk lidelse der rusmisbruk spilte en betydelig rolle.

Over halvparten av pasientene hadde en somatisk sykdom. Muskel/skjelett plager dominerte dette bildet, men mange (7,7 %) hadde hjerte kar sykdom.

Alle pasientene i materialet fikk en psykiatrisk vurdering under oppholdet. En diagnostisk utredning ble gjennomført hos vel 40 % av pasientene. Som et ledd i utredningene, ble det gjennomført en familiesamtale i nesten 35 % av sakene.

15,5 % av pasientene ble innlagt i psykiatrisk akuttavdeling. Når det gjelder oppfølging utenfor sykehus fikk alle pasientene tilbud om kontakt med psykiatrisk sykepleier i den bydelen de bodde, og ble således kontaktet raskt etter utskrivning. Ut over dette fikk de et differensiert oppfølgingstilbud. 23 % ble søkt inn for oppfølging ved det lokale DPS.

Litteraturliste

Berntsen, G. K. & Husby, R. (1994). Treatment of suicide attempters in a somatic hospital. Is psychosocial support offered in addition to somatic treatment? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 114, 2374-2377.

Bjerke, T, Hjelmeland, H, Jørgensen, P.T, Stiles, T. C, Skjærvold, L. (1995) Parasuicid i Trøndelag 1989-1992. *Tidsskrift for den norske lægeforening*. 1995; 115: 1221-4.

Black, D.W, Winokur, G. Suicide and psychiatric diagnose. 1; *Blumenthal, S J. Tilbake til livet s 81*.

Brent, D. A. & Kolko, D. J. (1990). The assessment and Treatment of Children and Adolescents at Risk for Suicide. In S.J.Blumenthal & D. J. Kupfer (Eds.), *Suicide Over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients* (Washington DC: American Psychiatric Press Inc.)

De Leo, D, Scocco, P, Marietta, P, Schmidke, A, Bille-Brahe, U, Kerkhof, A.J, Lonnquist, J, Crepet, P, Salander-Renberg, E, Wassermann, D, Michel, K, Bjerke, T. Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview Schedule (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1999;29(2):149-63

Dieserud, G, Andersen-Gott, M, Egede Borg, S, Burmo B. 1992 *Selvordsforsøk i Bærum 1984-1995*. *Tidsskrift for den norske lægeforening*. 2005 30: 125(13)1798-800.

Dieserud, G., Loeb, M., & Ekeberg, O. (2000). Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2000. 30(1): 61-73.

Durkheim Emilie, Selvmordet. *Gyldendal* 2002.

Gilbody. S, House. A, Owens.D, The erarly repetition of deliberate self harm. *J R Coll Physicians Lond* 1997; 31:171-21 (ISI) (Medline)

Gjertsen, F. (MPH 2005) Statistisk sentralbyrå. Utviklingstendenser til selvmord. WWW.selvmord.info. Statistikker.

Hawton.K, 2002. United Kingdom legislation on pack sizes of analgesics: background, rationale, and effects on suicide and deliberate self-harm. *Suicide Life Threat Behav*. 2002 Fall; 32(3): 223-9

Henriksson. M, Aro. M, Marttunen. M, Isometsa. E, Kuoppasalmi. K, Lønnquist. J. Mental disorders and comorbidity in suicide 1993. *American journal of psychiatry* 1993, 150:935-40.

Hjelmeland. H. (1996) Repetition of parasuicide. A predictive study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1996a: 26:4:395-404.

Hjelmeland. H. (1997) Parasuicid. *Doktoravhandling*. Fakultetet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. NTNU 1997.

Hjelmeland. H. (1999). Parasuicid (selvmordsforsøk) - epidemiologiske aspekter.

Jessen, G. (2003) Sæson for selvmordsatferd: myter og resultater. *Suicidologi*, 8, 2003. nr. 1.side 14 og 15.

Kapur. N, House. A, Dogson. K, May. C, Creed. F. Effect of general hospital management on repeat episodes of deliberate self poisoning: cohort study. *BMJ* 2002. Oct. 19;325(7369):866-867.

Kreitmann. N, Caesy. P. (1988) Repetition of parasuicide. An epidemiological and clinical study. *British journal of psychiatry*. 1988: 153:792-800.

MacMahon. K. (1983) Short-term temporal cycles in the frequency of suicide. United States, 1972-1978. *American Journal of Epidemiology* 1983, 117(6), 744-750.

Massing. W, Angermeier. M. C. (1985) The monthly and weekly distribution of suicide. *Social Science and Medicine*. 1985, 21(4), 433 - 441.

Mehlum. L (Red.)1999, *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis*
Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Mork. E, Ekeid. G, Ystgaard. M, Mehlum. L & Holte. A. (2001).[Psychosocial follow up after parasuicide at hospital departments in Norway]. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. 121, 1038-1043.

Oslostatistikken (1994) Demografiske og miljømessige forhold i bydelene. Vedlegg til plangrunnlaget for Oslo kommuneplan 1995-1998. Notat 5/1994.

Osvath. P, Kelemen. G, Edos. M B, Voros. V, Fekete. S. (2003) The main factors of repetition. *Crisis*. 2003. 24(4) : 151-154

Phillips. D. P. (1972) Deathday and birthday: An unexpected connection. In Tanur et al. (Eds.) *Statistics: A guide to the unknown*. Sanfransisco : Holden-Day 1972.

Platt. S. (2000) Suicidal behaviour and the labour marked. *The international handbook of suicide and attempted suicide. chapter 20. 310-379. Hawton. K and Van Heeringen.*

Retterstøl, N. (1995). *Selv mord*. (Red.) Oslo: Universitetsforlaget AS.

Retterstøl, N., Ekeberg, Ø., & Mehlum, L. (2002). *Selv mord - et personlig og samfunnsmessig problem*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Runeson. B & Wasserman. D. (1994). Management of suicide attempters: what are the routines and the costs? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 222-228.

Rygnestad. T. H. (1991). Epidemiological, social and psychiatric aspects in self-poisoned patients. A prospective comparative study from Trondheim, Norway between 1978 and 1987. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 26, 53-62.

Rygnestad. T, Fagerhaug. Ø. (2004) Akutte selvpåførte forgiftninger i Trondheimsorådet 178 - 2002. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 2004;124: 2736-9.

Schjelderup, G. (1999). En behandlings- og oppfølgingskjede for suicidale pasienter. In L.Mehlum (Ed.), *Tilbake til livet* (pp. 175-192). Kristiansand S: Høyskoleforlaget AS.

Statens helsetilsyn. Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid. *Utredningsserie 3-2001*.

Statistisk sentralbyrå.(2003) Innvandrerbefolkninga. Oslo. Tabell 14.

Suominen. K., Isometsä. E, Henriksson. M, Ostamo. A., & Lønnqvist. J. (2004). Patients' evaluation of their psychiatric consultation after attempted suicide. *Nordic journal of psychiatry*, 58, 55-59.

WHO ICD-10 Psykiatriske lidelser og adfærdssæssige forstyrrelser. Klassifikasjon og diagnostiske kriterier. *Munksgaard, København 1997.*

Williams, M. (2001) Cry of Pain. *Penguin books.* 148-150.

Ystgaard, M. Reinholdt NP. Huseby, J et al. *Tidsskrift for den norske lægeforening.* Villet egenskade blant ungdom. 2003; 123: 2241-5.

Ystgaard, M. Hestetun, I. Loeb. M. Mehlum, L. Is there a spesific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child abuse negl.* 2004 Aug. 28(8): 863-75.

Zahl. D. L, BA and Hawton K. (2004) Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk; long term follow-up study of 11583 patients. *The British journal of Psychiatry.* 2004. 185:70-75.

Tabell 1: Innleggelser og reinnleggelser (%) for villet egenskade i Aker Universitetssykehus i absolutt antall og rater(/100 000) fordelt på bydeler i sektor og år i perioden 1997-2003.

ÅRSTALL	1997*	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Hele sektor	63	126	131	102	84	81	129	718
Rate	90,2	90,2	93,8	73,0	60,1	58,0	92,4	79,1
Helsfyr/Sinsen	9	23	19	22	19	14	26	132
Rate	81,0	103,5	85,5	104	99,0	63,0	117,0	91,4
Furuset	7	28	29	24	14	11	26	139
Rate	47,7	95,3	98,7	81,8	47,7	37,5	88,5	72,8
Stovner	16	18	22	8	9	11	25	109
Rate	148,0	83,2	101,7	37,0	41,6	50,9	115,6	77,5
Romsås	6	14	9	3	5	2	1	40
Rate	177,1	206,6	132,0	44,3	73,8	29,5	14,8	90,8
Grorud	11	21	25	18	12	17	26	130
Rate	124,4	118,8	141,4	101,8	67,9	96,2	147,0	113,1
Bjerke	4	8	17	7	12	8	10	66
Rate	33,5	33,5	71,3	39,4	50,3	33,5	42,0	42,6
Grefsen/ Kjesås	2	1	4	7	2	5	8	29
Rate	22,1	5,5	22,1	38,6	11,0	27,6	44,2	24,6
Utenfor sektor**	8	13	6	13	11	13	7	71

* I 1997 er bare perioden 1.7-31.12 med i registreringen.

** Rate er ikke beregnet siden befolkningsgrunnlaget er ukjent.

TABELL 2: Pasienter innlagt for villet egenskade i Aker Universitetssykehus i perioden 1997 - 2003.
Sosiodemografiske data, prosentvis fordeling.

K=Kvinner M= Menn * Enslig= Ikke tidligere gift eller samboer, bor alene.

Variabel	Totalt N=602	(SD)	Utenfor. Sektor N=65	(SD)	Helsfyr/ Sinsen N=108	(SD)	Furuset N=122	(SD)	Stovner N=88	(SD)	Romsås N=32	(SD)	Grorud N=103	(SD)	Bjerke N=58	(SD)	Grefsen /Kjelsås N=26	(SD)
Andel K	N=405		43,3		65,8		75,2		60,8		78,8		74,1		79,4		50	
Alder K/M (Gj.sn)	40,6	16,0	32,1	12,5	40,9	17,5	39,5	13,5	41,9	17,3	42,5	17,8	38,0	15,6	44,2	17,1	42,2	16,5
Alder K (Gj.sn)	39,5	16,4	34,2	15,1	41,3	18,9	37,8	14,0	40,9	17,7	39,3	19,7	37,3	16,5	42,3	15,1	39,1	17,4
Alder M (Gj.sn)	40,2	16,0	37,2	11,8	38,9	14,9	41,6	10,9	44,6	18,4	49,0	17,4	38,9	14,6	53,2	22,1	47,0	16,3
Etnisk tilhørighet																		
Norsk	83,8		70,0		88,6		82,7		91,7		87,5		79,2		84,8		89,7	
Europeisk /Ikke Norsk	5,8		11,3		6,8		5,0		2,8		5,0		5,4		7,6		3,4	
Asia/ Afrika	9,2		15,5		4,5		11,5		4,6		7,5		13,8		6,1		3,4	
Annet	1,1		0,0		0,7		0,9		0,0		1,5		1,5		3,4		2,8	
Sivil Status																		
Gift/ Sambo	43,0		22,5		40,2		51,8		42,2		50,0		46,9		40,9		44,8	
Enslig*	34,4		53,5		33,3		27,3		40,4		25,5		32,3		28,8		37,9	
Skilt	18,4		23,9		22,0		16,5		13,8		17,5		17,7		21,2		13,8	
Enke/ Mann	4,1		0,0		4,5		4,3		3,7		7,5		2,3		9,1		3,4	

TABELL 2 Fortsetter

Variabel	Totalt N=602	(SD)	Utenfor. Sektor	(SD)	Helsfyr/ Sinsen	(SD)	Furuset	(SD)	Stovner	(SD)	Romsås	(SD)	Grorud	(SD)	Bjerke	(SD)	Grefsen /Kjelsås	(SD)
Arbeid																		
Student	7,1		5,6		8,4		6,5		8,3		15,0		7,7		0,0		6,9	
Heltid	24,3		29,6		29,0		26,6		22,0		30,0		17,7		15,2		31,0	
Deltid	2,7		2,8		3,8		0,7		2,8		0,0		3,8		4,5		0,0	
Pensjon	7,6		0,0		12,2		2,9		12,8		5,0		5,4		12,1		10,3	
Ufør	30,6		28,2		20,6		36,7		37,6		32,5		28,5		31,8		31,0	
Langtid Sykemeld. Attføring	15,9		9,9		14,5		18,0		11,0		15,0		17,7		22,7		20,7	
Arbeids- Ledig	2,0		5,6		5,3		5,8		3,7		0,0		11,5		9,1		0,0	
Sosial stønad	5,6		18,3		6,1		2,9		1,8		2,5		6,9		4,5		0,0	
Økono- misk inaktiv	61,7		62,0		58,7		66,3		66,9		55,0		70,0		80,2		62,0	

Tabell 3: Pasienter innlagt ved Aker universitetssykehus etter villet egenskade i perioden 1997 - 2003. Måned for innleggelse, utregnet i rater pr/100 000.

Måned	N= 718	Rate
Januar	61	44,9
Februar	36	26,5
Mars	55	40,5
April	63	46,4
Mai	47	34,6
Juni	51	37,5
Juli	56	41,2
August	69	50,8
September	67	49,3
Oktober	82	60,4
November	78	57,4
Desember	51	37,5

Tabell 4: Pasienter innlagt for villet egenskade i Aker universitetssykehus i perioden 1997-2003. Belastende livsforhold og livshendelser.

TYPE PROBLEM	PROSENT
Familie	75,2
Økonomi	28,8
Jobb/skole	15,7
Rettsvesen	3,9
Boforhold	11,0
Rus	35,7
Barnevern	4,5
Ingen	10,2
Incest/vold oppvekst	20,9
Tidl. Nært Relasjonstap	31,1
Tap relasjon nå	9,7
Samlivsbrudd	13,6
Alvorlig sykdom	13,8
Yrkesmessig tap	3,9
Intet tap	52,9

TABELL 5: Pasienter innlagt for Villet egenskade i Aker Universitetssykehus i perioden 1997-2003. Hovedvirkestoff og tilleggstoff brukt ved forgiftning, begge stoffer vist i prosentvis fordeling.

Hovedmedikament	N=718	Prosent	Blandet med	Prosent
Benzodiazepiner	201	30	Etanol	9,3
			Paracetamol	4,0
			Annet virkestoff	9,7
Paracetamol	147	20,5	Etanol	3,6
			Benzodiazepiner	4,0
			Annet virkestoff	5,9
Nevroleptika	55	7,7	Etanol	1,7
			Paracetamol	0,4
			Annet virkestoff	3,2
TCA	40	5,6	Etanol	1,4
			Paracetamol	0,3
			Annet virkestoff	2,5
Annet	275	38,3		

Tabell 6: Pasienter innlagt for villet egenskade i Aker universitetssykehus i perioden 1997-2003. Pasientenes gjennomsnittsalder fordelt på hvilket hovedvirkestoff de har tatt.

VIRKESTOFF	N=440	Alder(gj.sn.)	SD
Benzodiazepiner	201	44,8	17,2
Paracetamol	147	33,1	14,0
Nevroleptika	52	42,4	16,7
TCA	40	44,4	16,9

Tabell 7: Pasienter innlagt for villet egenskade i Aker universitetssykehus i perioden 1997-2003. Psykisk lidelse (hoved diagnose) regnet i Antall og % i forhold til det totale antall innleggelser.

PSYKISK LIDELSE	N=718	PROSENT
Psykose	37	5,1
Depresjon	143	20,0
Tilpasningsreaksjon	200	27,9
Personlighetsforstyrrelse	124	17,3
Rus	119	16,5
Annet	95	13,2

Tabell 8: Pasienteter innlagt for villet egenskade i Aker universitetssykehus i perioden 1997-2003. Psykofarmaka i bruk utregnet i absolutt antall og i %.

MEDIKAMENT	N=718	PROSENT
TCA	28	3,9
RIMA	9	1,3
SSRI	139	19,4
Nevroleptika	97	13,5
Benzodiazepiner	189	26,3
Annet	134	18,7

Tabell 9: Pasienter innlagt for villet egenskade i Aker universitetssykehus i perioden 1997-2003. Somatisk sykdom utregnet i absolutt antall og i %

SYKDOM	N=718	PROSENT
Cancer	13	1,8
Card.vask	55	7,7
Amputasjon	1	1,0
Kols	22	3,1
Hj.organisk	39	5,4
Gastrointestinal	33	4,6
Muskel/skjelett	122	17,0
Endokrin	27	3,8
Annet	80	11,1

Tabell 10: Pasienter innlagt for villet egenskade i Aker universitetssykehus i perioden 1997 - 2003. Behandlingsmessige tiltak i sykehus prosentvis fordeling.

BEHANDLINGSMESSIG TILTAK	N=718	PROSENT
Medikamentråd	193	26,9
Diagnoseutredning	293	40,8
Familiekontakt	247	34,4
Flere behandlere fra CL avdeling	54	7,5

Tabell 11: Pasienter innlagt for villet egenskade i Aker universitetssykehus i perioden 1997-2003. Viderehenvisninger i absolutt antall og %.

VIDERE- HENVISNINGER	N=	Prosent
Fast lege	120	16,7
DPS	165	23,0
Psyk.avd	111	15,5
Fam.råd	17	2,4
Sosialetat	85	11,8
Annet	93	13,0
CL avd	55	7,7
Ingen	27	3,8

Tabell 12: Pasienter reinnlagt en og flere ganger for villet egenskade i Aker universitetssykehus i perioden 1997-2003. Prosentvis fordelt på bydeler og år for innleggelse.

BYDELER	1997*	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL**	TOTAL***
	N=57	N=109	N=108	N=77	N=74	N=68	N=109	N=602	N=602
Helsfyr/Sinsen								8,3	4,6
Furuset								6,5	4,1
Stovner								12,0	5,7
Romsås								17,5	6,3
Grorud								5,4	4,9
Bjerke								9,1	3,4
Grefsen/Kjelsås								10,3	11,5
Total 1 reinnleggelse**	7,9	7,9	10,7	14,7	4,8	6,2	4,7	9,8	
Total 2 eller flere reinnleggelser	7,0	5,5	5,6	9,1	2,7	0,0	1,8		4,5

* I 1997 er bare perioden 1.7-31.12 med i registreringen.

** Pasienter reinnlagt x 1

***Pasienter innlagt x 2 eller flere ganger

REGISTRERINGSSJEMA for paseinter innlagt for villet egenskade i Aker universitetssykehus i perioden 1997-2003.

Navn:	Reg. nr.	Født:	Alder:	Kjønn(m/k):	Bydel/ufb:
Nasjonalitet: (Iflg. PIF-skjema):		Sivil status: Gift/samb.(1), Enslig(2), Skilt(3), Enke/mann(4)			
Arbeid/stud.: Heltid(1), Deltid(2), Pensj.(3), Ufør tr.(4), Arb.ledig(5), Sos.tr.(6), Student(7), Attf./angtidssykm.(8)					
Henvist fra: Med.(m+post), Kir.(k+post), Gyn.(g+post), Føde(f+post), Pol.kl.(p), Rehab.(r+post), Smertecl.(s), Primærh.tj.(pr)					
Psyk. kontakt:		Tidl.: Pol.kl.(1), Innlagt(2), Vår avd.(3), Ingen/ukjent(4)		Nå: Pol.kl.(5), Innlagt(6), Ingen(7)	
Henvistn.årsak:		Intox.(1), Depresjon(2), Angst(3), Psykoser(4), Rus(5), Somatisering(6), Annet(7)			
		Ved intox: Benzodiazepiner(1), TCA(2), Ethyl(3), Paracetamol(4), Nevroleptika(5), Annet(6)			
Sosialt problem: Familie(1), Økonomi(2), Jobb/skole(3), Rettves.(4), Boforh.(5), Rusprobl.(6), Barnevern(7), Ingen/ukjent(8)					
Sorg/tap: Tidl.: Incest/vold(1), Tap nær pers.(2) Nå: Tap nær pers.(3), Samlivsbrudd(4), Alv.sykdom(5), Yrke(6), Ingen/ukjent(7)					
Somatisk: Ca.(1), Card.vasc.(2), Amputasj.(3), KOLS(4), Hj.org.(5), Gastroint.(6), Musk/skjelet.(7), Endokrin.(8), Annet(9), Ingen(10)					
Psykofarmaka i bruk: TCA(1), RIMA(2), SSRI(3), Nevroleptika(4), Benzodiazepiner(5), Annet(6), Ingen/ukjent(7)					
Diagnose fra C-L avdelingen: ICD-10 (F + helt tall)				F:	
Tiltak: Med.råd(1), Samtaler(2), Pers.veil.(3), Diagnoseutr.(4), Familiekontakt(5), Flere behandlere fra C-L avd involvert(6)					
Viderehenvist: Primærlege(1), DPS(2), Psyk.avd.(3), Fam.råd(4), Sos.etat(5), Annet(6), Ingen(7), Oppt. vår avd.(8)					

Tidsbruk: (minutter)

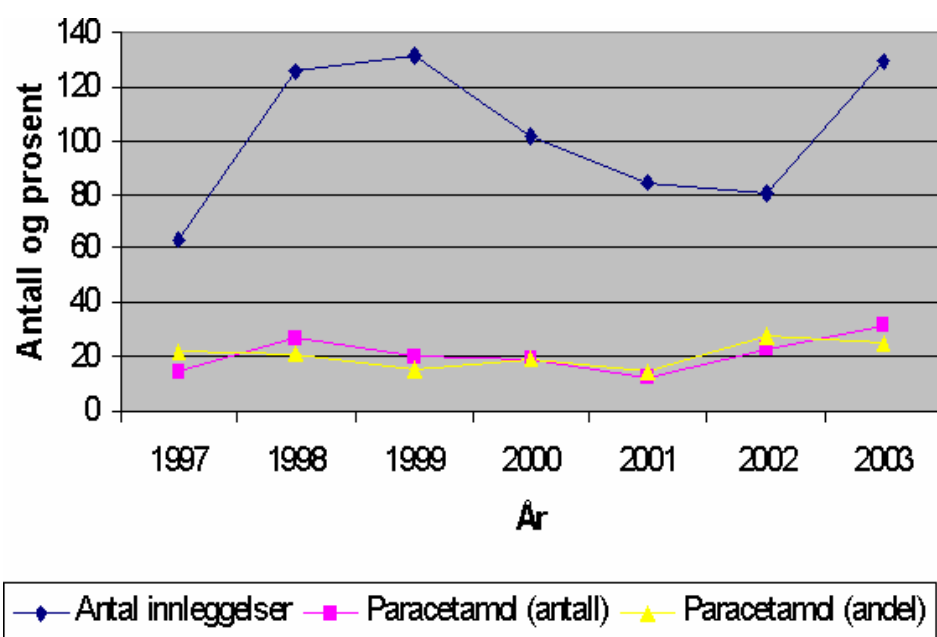
innetliggende	
Konsult. 1	
Konsult. 2	
Konsult. 3	
Konsult. 4	
Konsult. 5	
Konsult. 6	
Konsult. 7	
Konsult. 8	
Konsult. 9	
Konsult. 10	
Tilsammen	

polikliniske	
Konsult. 1	
Konsult. 2	
Konsult. 3	
Konsult. 4	
Konsult. 5	
Konsult. 6	
Konsult. 7	
Konsult. 8	
Konsult. 9	
Konsult. 10	
Tilsammen	

dato	

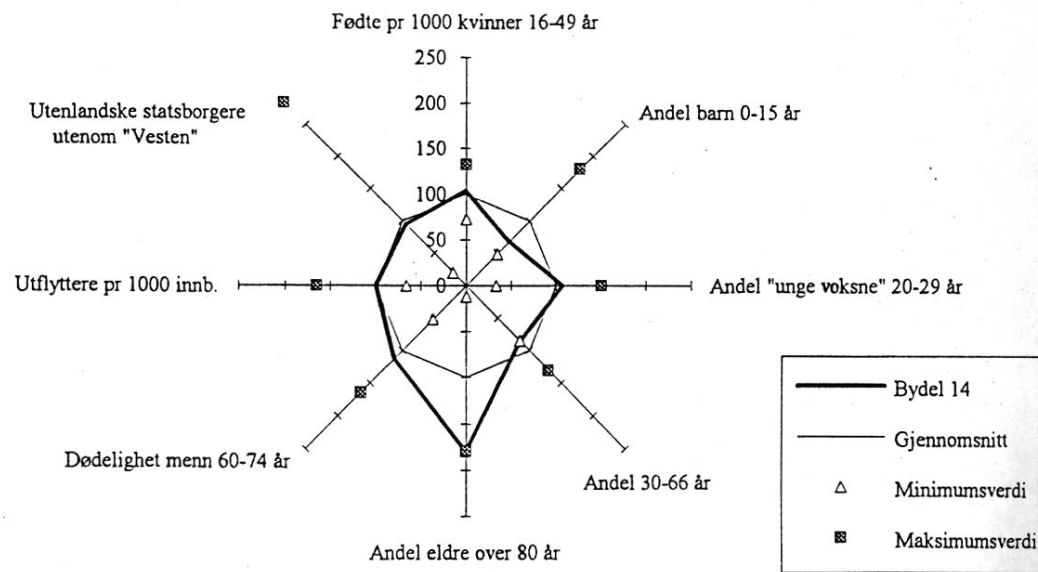
Dato:

Sign.:

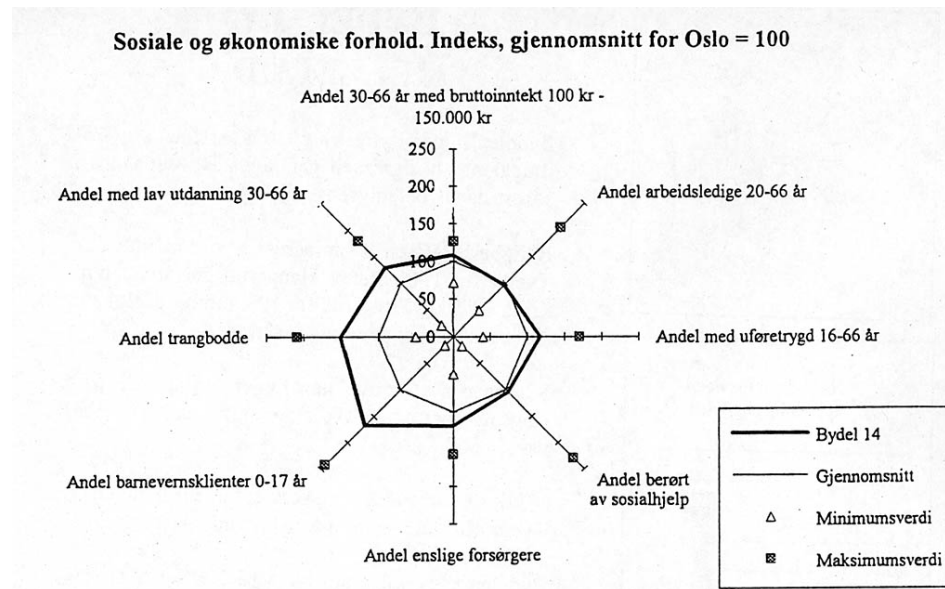


HELSFYR/SINSEN

Demografiske forhold. Indeks, gjennomsnitt for Oslo = 100

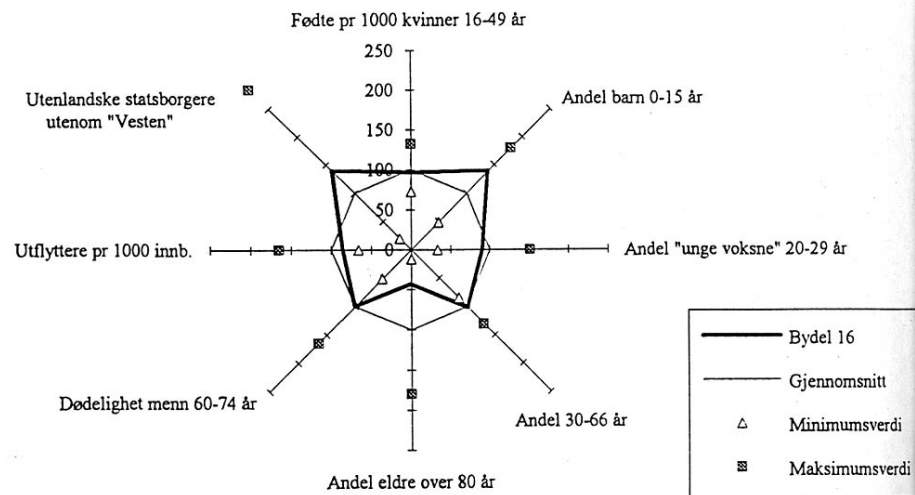


HELSFYR/SINSEN



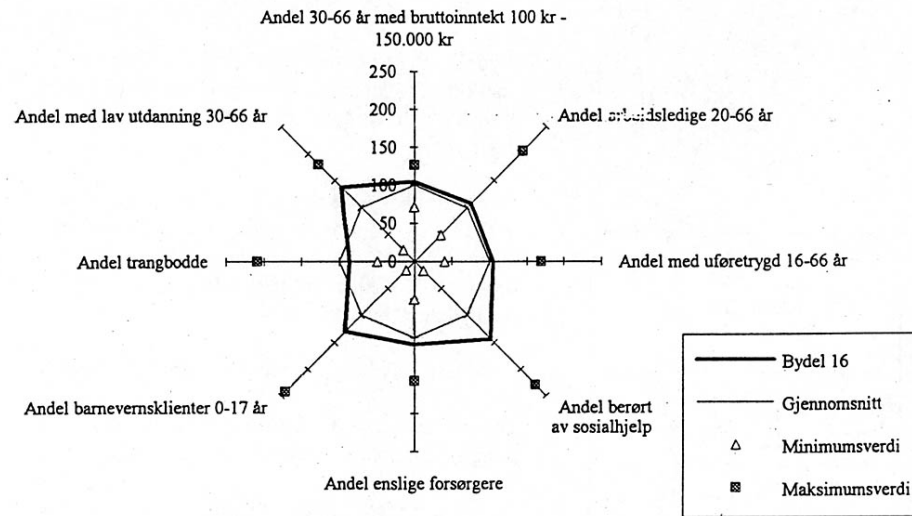
FURUSET

Demografiske forhold. Indeks, gjennomsnitt for Oslo = 100



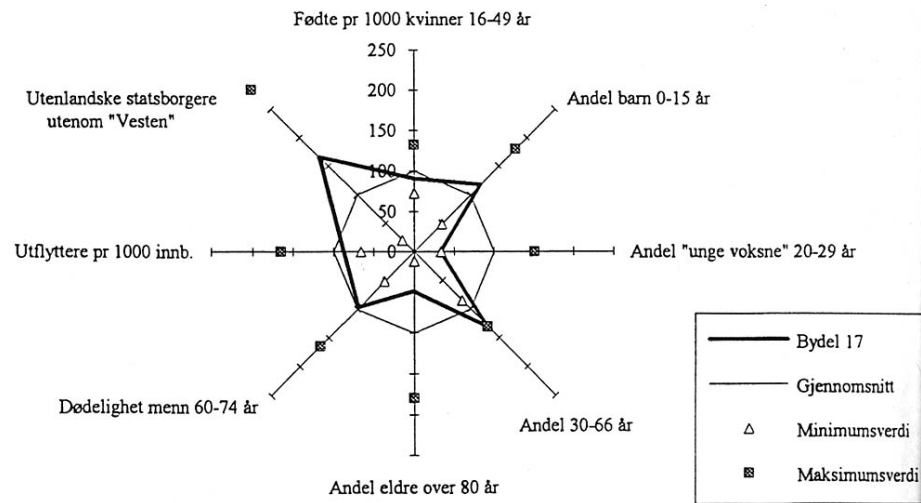
FURUSET

Sosiale og økonomiske forhold. Indeks, gjennomsnitt for Oslo = 100

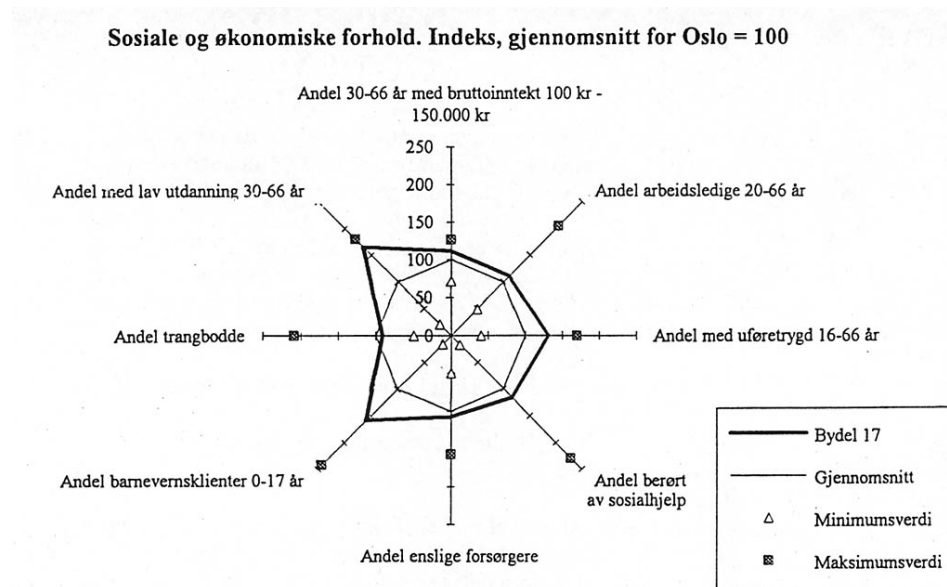


STOVNER

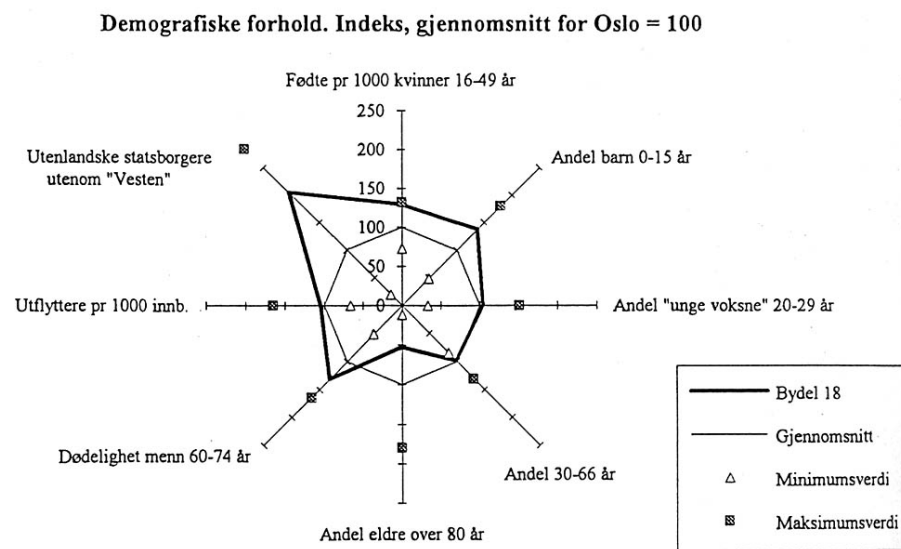
Demografiske forhold. Indeks, gjennomsnitt for Oslo = 100



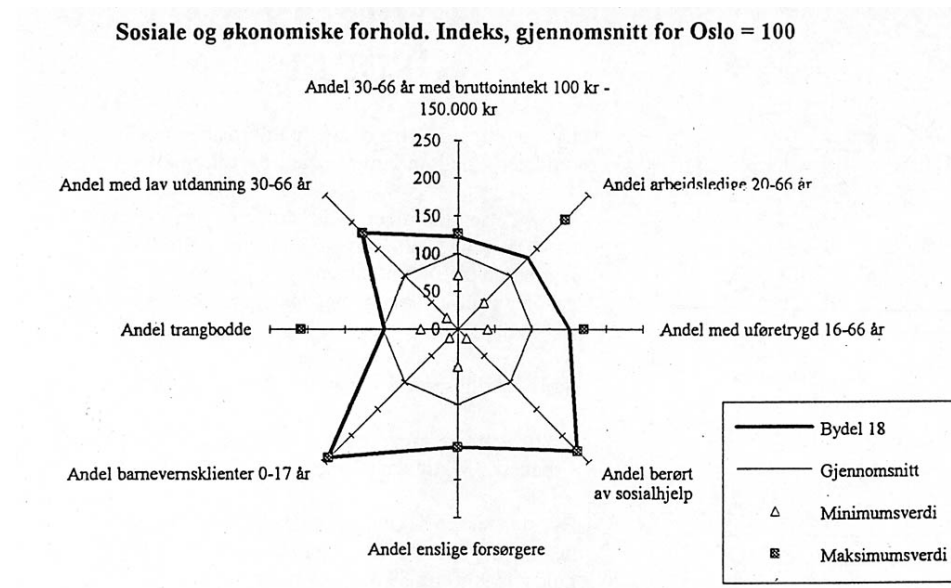
STOVNER



ROMSÅS

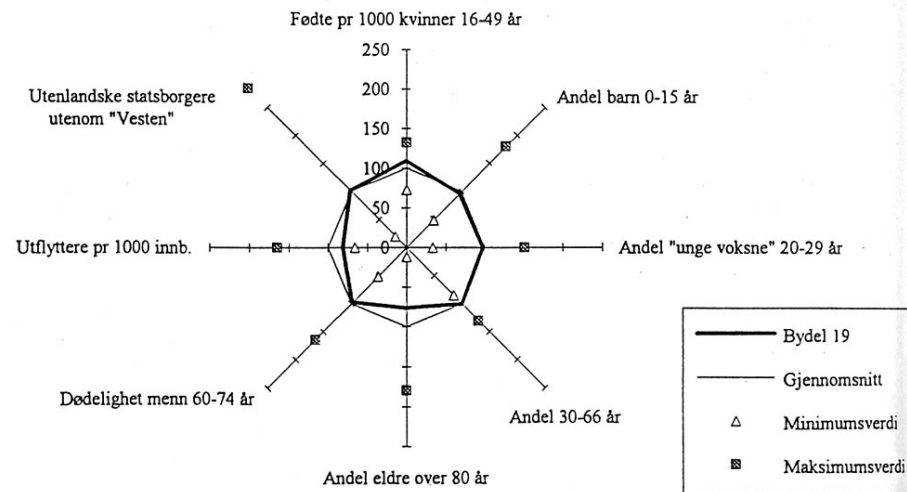


ROMSÅS

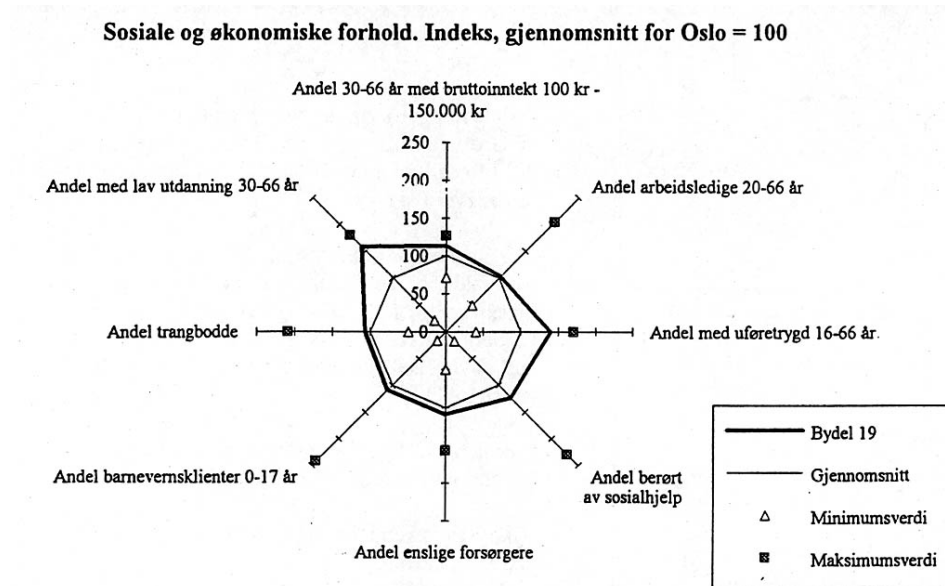


GRORUD

Demografiske forhold. Indeks, gjennomsnitt for Oslo = 100

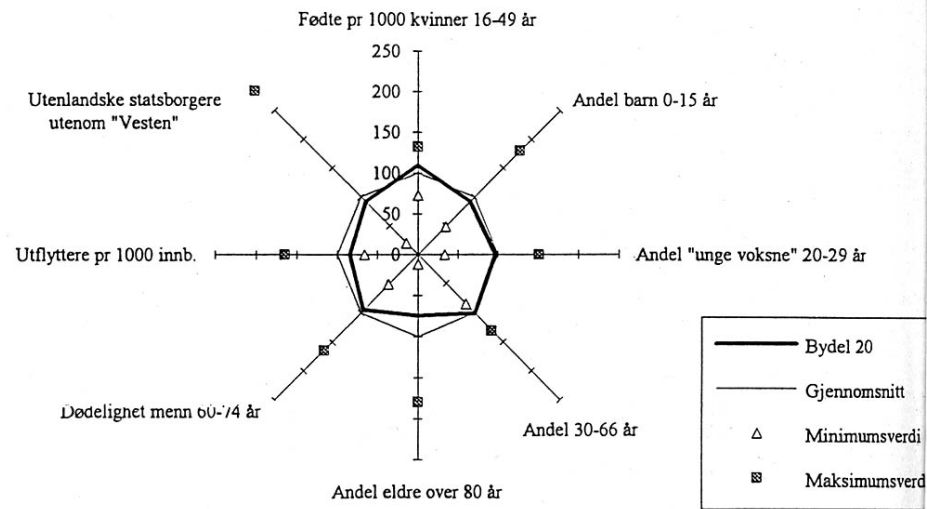


GRORUD

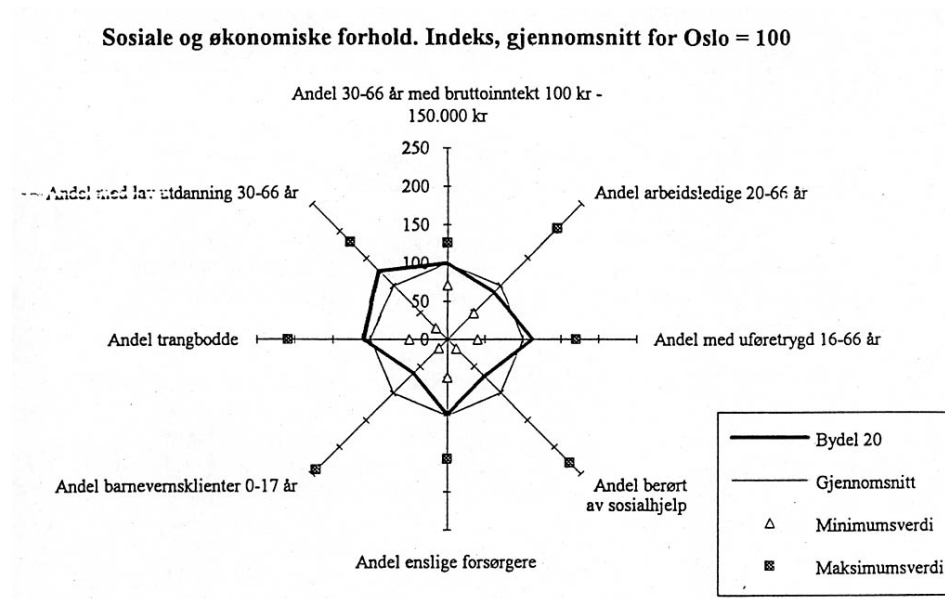


BJERKE

Demografiske forhold. Indeks, gjennomsnitt for Oslo = 100

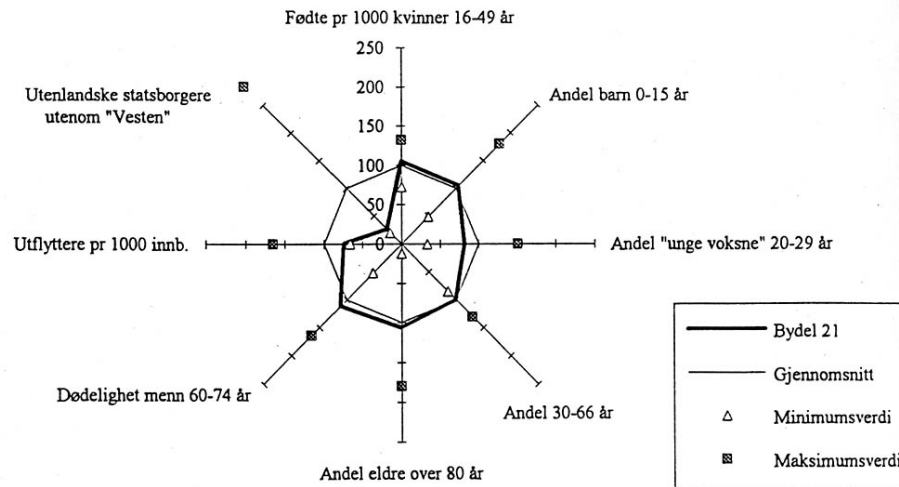


BJERKE



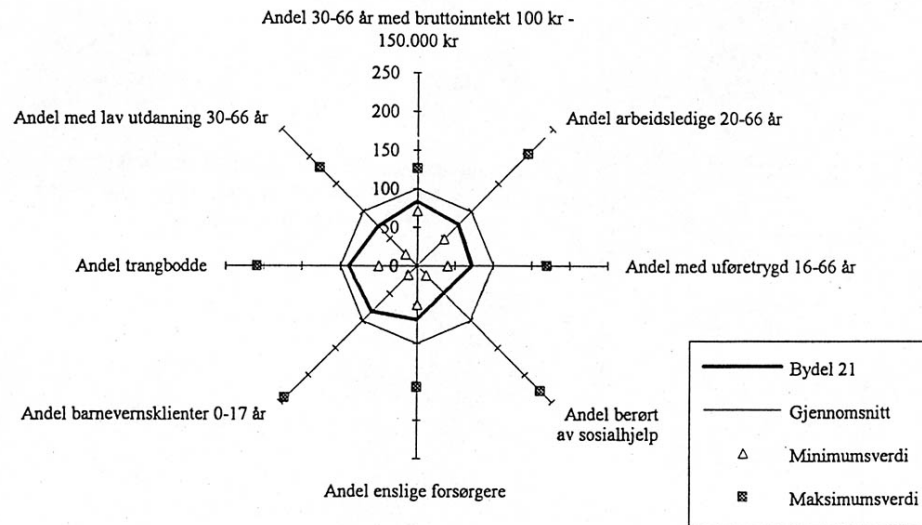
GREFSEN/KJELSÅS

Demografiske forhold. Indeks, gjennomsnitt for Oslo = 100



GREFSEN/KJELSÅS

Sosiale og økonomiske forhold. Indeks, gjennomsnitt for Oslo = 100



Selvvalgt litteratur;

- Berntsen, G.K og Huseby, R. (1994). Tidsskrift for den norske lægeforening 114, 2374-2377*
Treatment of suicide attempters in somatic hospital. Is psychological support offered in addition to somatic treatment? 3 sider.
- Bjerke, T. Hjelmeland, H, Jørgensen, P.T, Stiles, P.T, Sjørvold, L (1995). Tidsskrift for den norske lægeforening 115: 1221- 224. Parasuicid i Trøndelag 1989-1992. 3 sider*
- Hawton, K (2002) Suicide Life Threat Behavior. Fall; 32(3) : 223-229. United Kingdom*
legislation on pac size of Analgesics. Background, rationale, and effects on suicide and deliberate self-harm.. 6 sider
- De Leo, D, Scocco, P, Marietta, P, Schmidke, A, Bille-Brahe, U, Kerkhof, A.J, Lonnquist, J, Crepet, P, Salander-Renberg, E, Wassermann, D, Michel, K, Bjerke.T. International journal of psychiatry in medicine. 1999; (2):149- 163. Physical illness and parasuicide: evidence from european parasuicide study interview schedule. 13 sider*
- Dieserud, G, Andersen-Gott, M, Egede Borg, S, Burmo.B. Tidsskrift for den norske lægeforening. 2005. 30:125(13) 1798-800. Selvmordsforsøk i Bærum. 1984-1995. 2 sider*
- Dieserud, G, Loeb, M, Ekeberg, Ø. Suicide and Life-threatening behavior. 2000. 30(1): 61-73. Suicidal behavior in theMunicipality og baerum, Norway: a 12- year prospective study og parasuicide and suicide. 12 sider*
- Hjelmeland, H. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1996a: 26:4:395-404.*
Repetition of parasuicide. A predictive study. 8 sider
- Jessen G. Suicidologi 8, 2003 nr 1. Sæson for selvmordsatferd. Myter og resultater. 2 sider*

<i>Kreitmann, N. Caesy, P.</i> British journal of psyciatry. 1988: 153:792-800. Repetition of parasuicide. An epidemiological and clinical study.	8 sider
<i>MacMahon, K.</i> American Journal of Epidemiology 1983, 117(6), 744-750. Short-term temporal cycles in the frequency of suicide. United States, 1972-1978.	6 sider
<i>Massing W, Angermeier, M C</i> Social Sience and Medicine. 1985, 21(4), 433 - 441. The monthly and weekly distribution of suicide.	7 sider
<i>Osvath, P. Kelemen, G. Edos, M B. Voros, V. Fekete S.</i> Crisis. 2003. 24(4) : 151-154 The main factors of repetition.	3 sider
<i>Rygnestad, T. H.</i> Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 26, 53-62. Epidemiological, social and psychiatric aspects in self-poisoned patients. A prospective comparative study from Trondheim, Norway between 1978 and 1987.	9 sider
<i>Rygnestad, T, Fagerhaug Ø.</i> Tidsskrift for den norske lægeforening 2004;124: 2736-9. Akutte selvpåførte forgiftninger i Trondheimsrådet 1978 - 2002.	3 sider
Statens helsetilsyn. Rutiner for registrering,behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid. Utredningsserie 3-2001.	16 sider

- Suominen, K., Isometsä, E., Henriksson, M., Ostamo, A., & Lønnqvist, J.* Nordic journal of psychiatry, 58, 55-59. Patients' evaluation of their psychiatric consultation after attempted suicide. 4 sider
- Ystgaard, M. Reinholdt NP. Huseby, J et al.* Tidsskrift for den norske lægeforening 2003; 123: 2241-5. Villet egenskade blant ungdom. 4 sider
- Runeson. B, Scocco.P, De Leo. D, Meneghel.G, Wasserman.D.* General Hospital Psychiatry 2000. 22, 432-436. Management of suicide attempts in Italy and Sweden. 4 sider
- Suominen. K.H, Isometsa. E.T, Lønnquist. J.K.* European Psychiatry 2004. nr 19, 140-145. Attempted suicide and psychiatric Consultation. 5 sider
- Hawton. K and Van Heeringen. K* The international handbook of suicide and attempted suicide. Wiley 2002. Kap 18,23,37,38,39,40 102 sider
- Retterstøl. N, Ekeberg.Ø og Mehlum.L.* Selvmord – et personlig og samfunnsmessig problem. Gyldendal akademisk 2002. Kap. 1,2,3,6,7,8,9,10,11,12,13,14,16,17,18,19,20,21,22,23. 276 sider
- Williams. M.* Suicide and attempted suicide. Pinguin books. 2001. 224 sider
- Cullberg. J.* Dynamisk psykiatri. Tano. 1986. 389 sider
- Cullberg. J.* Krise og utvikling. En psykoanalyttisk og sosialpsykiatrisk studie. Hans Reitzel 1978. 186 sider
- Evang A.* Utvikling, personlighet og borderline. Cappelen 1986. 309 sider

<i>Kruger. M.B, Lund. A, Skarstein. J, Stubbhaug.B (Red) . Depresjonshåndboka. Gyldendal.</i>	
Akademisk 2000.	335 sider
<i>Sirnes T. B. Når de beste ikke makter mer. Hvordan hjelpe dem som er deprimerte.</i>	
Gyldendal Norsk Forlag.1973	133 sider
<i>Heap K.K. Barnemishandling. Behandlerens dilemma.</i>	170 sider
<i>Paulo Coelho. Veronika vil dø. Bazar 2004.</i>	216 sider